Beruf	26–60			61–90			Sämmtliche Alter 26–90		
	Rech-nungs-mässige	Wirkliche	Prozent	Rech-nungs-mässige	Wirkliche	Prozent	Rech-nungs-mässige	Wirkliche	Prozent
	Zahl der Sterbefälle			Zahl der Sterbefälle			Zahl der Sterbefälle		
B. Bösartige Neubildungen.									
Gymnasiallehrer	38,00	44	115,8	41,57	39	93,8	79,57	83	104,3
Elementarlehrer	99,40	115	115,7	104,70	112	107,0	204,10	227	111,2
a) in Städten	23,04	30	130,2	23,75	33	139,0	46,79	63	134,6
b) auf dem Lande	76,36	85	111,3	80,95	79	97,6	157,31	164	104,3
Evangelische Geistliche	60,71	41	67,5	97,27	91	93,6	157,98	132	83,6
Katholische Geistliche	?	?	?	?	?	?	23,26	32	137,6
Aerzte	30,38	31	102,0	31,68	48	150,7	62,24	79	126,9
C. Krankheiten des Zentralnervensystems ohne Gehirnschlag.									
Gymnasiallehrer	45,86	52	113,4	36,62	48	131,1	82,48	100	121,2
Elementarlehrer	117,60	69	58,7	91,56	78	85,2	209,16	147	70,3
a) in Städten	28,06	21	74,8	20,87	25	119,8	48,93	46	94,0
b) auf dem Lande	89,54	48	53,6	70,69	53	75,0	160,23	101	63,0
Evangel sche Geistliche	66,67	36	54,0	85,97	77	89,6	152,64	113	74,0
Katholische Geistliche	13,56	7	51,6	10,65	12	112,7	24,21	19	78,5
Aerzte	35,41	36	101,7	27,81	24	86,3	63,22	60	94,9
D. Krankheiten der Athmungsorgane.									
Gymnasiallehrer	220,29	144	65,4	182,41	133	72,9	402,70	277	68,8
Elementarlehrer	560,65	551	98,3	449,93	457	101,6	1010,58	1008	99,7
a) in Städten	135,84	115	84,7	103,89	91	87,6	239,73	206	85,9
b) auf dem Lande	424,81	436	102,6	346,04	366	105,8	770,85	802	104,0
Evangelische Geistliche	303,45	186	61,3	432,39	321	74,2	735,84	507	68,9
Katholische Geistliche	63,35	57	90,0	47,10	42	89,2	110,45	99	89,6
Aerzte	166,78	172	103,1	135,25	92	68,0	302,03	264	87,4
E. Altersschwäche, Gehirnschlag, Herzkrankheiten, Nierenentzündung.									
Gymnasiallehrer	120,78	112	92,7	194,36	211	108,6	315,14	323	120,5
Elementarlehrer	316,53	213	67,3	478,01	451	94,3	794,54	664	83,6
a) in Städten	73,40	44	59,9	111,65	102	91,4	185,05	146	78,9
b) auf dem Lande	243,13	169	69,5	366,36	349	95,3	609,49	518	85,0
Evangelische Geistliche	193,56	177	91,4	463,82	597	128,7	657,38	774	117,7
Aerzte	96,55	153	158,5	142,13	229	161,1	238,68	382	160,1
F. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Gymnasiallehrer	60,87	42	69,0	61,44	42	68,3	122,31	84	68,7
Elementarlehrer	157,62	123	78,0	151,62	132	87,1	309,24	255	82,5
a) in Städten	37,16	34	91,5	34,96	28	80,1	72,12	62	86,0
b) auf dem Lande	120,46	89	73,9	116,66	104	89,1	237,12	193	81,4
Evangelische Geistliche	92,16	61	66,2	145,72	87	59,7	237,88	148	62,2
Aerzte	47,73	33	69,1	45,61	12	26,3	93,34	45	48,2
G. Verunglückung.									
Gymnasiallehrer	16,88	7	41,5	6,67	6	90,0	23,55	13	55,2
Elementarlehrer	42,67	23	53,9	16,92	21	124,0	59,59	44	73,8
a) in Städten	10,41	3	28,8	3,83	5	130,6	14,24	8	56,2
b) auf dem Lande	32,26	20	62,0	13,09	16	122,2	45,35	36	79,4
Evangelische Geistliche	22,56	6	26,6	15,50	6	38,7	38,06	12	31,5
Aerzte	12,67	10	78,9	5,17	6	116,2	17,84	16	89,7
H. Selbstmord.									
Gymnasiallehrer	19,94	12	60,2	4,24	1	23,6	24,18	13	53,8
Elementarlehrer	50,68	26	51,3	10,75	2	18,6	61,43	28	45,6
a) in Städten	12,28	7	57,0	2,43	1	41,2	14,71	8	54,4
b) auf dem Lande	38,40	19	49,5	8,32	1	12,0	46,72	20	42,8
Evangelische Geistliche	27,30	12	44,0	9,85	2	20,3	37,15	14	37,7
Aerzte	15,12	11	72,8	3,28	3	91,5	18,40	14	76,1

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Aerztliche
Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Jahrgang 1902.

Berlin 1902.

Verlag von Richard Schoetz.

Luisenstrasse 36.

Sachregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen Original-Artikel.)

Autorenregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen Original-Artikel.)

Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. | № 1. | Ausgegeben am 1. Januar.

Inhalt:

An unsere Leser!

Von jeher hat die Aerztliche Sachverständigen-Zeitung ihre Aufgabe darin erblickt, den Aerzten eine zuverlässige Beratherin auf allen Gebieten der Sachverständigenthätigkeit zu sein.

Für die Erreichung dieses Zieles bedeutet die mit dem heutigen Tage in Kraft tretende Erweiterung der Redaktion unsrer Ueberzeugung nach einen wesentlichen Fortschritt. Denn durch diese Erweiterung wird der Zeitschrift die Möglichkeit gewährt, trotz der ungemein grossen Vielseitigkeit und Ausdehnung, die das gesammte Arbeitsfeld der ärztlichen Sachverständigen besitzt, allen wichtigen Fragen ständige Aufmerksamkeit und sachgemässe Bearbeitung zu sichern.

Von den neuen Redakteuren der Zeitschrift wird, um zunächst der klinischen Fächer zu gedenken, Herr Geheimer Medizinal-Rath Professor Dr. **Fürbringer**, Direktor des städtischen Krankenhauses Friedrichshain-Berlin, die Innere Medizin, Herr Professor Dr. **Löbker,** Leitender Arzt des Knappschafts-Krankenhauses Bergmannsheil zu Bochum, und Herr Dr. **Stolper,** Leitender Arzt der Unfallstation I-Breslau, die Chirurgie, Herr Professor Dr. **Windscheid,** Leitender Arzt der Unfall-Nervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft „Hermannshaus“ zu Leipzig, die Nervenheilkunde, Herr Professor Dr. **Silex**-Berlin die Augenheilkunde vertreten.

Die Toxikologie hat Herr Professor Dr. **Kionka**-Jena übernommen.

Der hygienische und gesundheitspolizeiliche Theil wird von Herrn Regierungs- und Geheimen Medizinalrath Dr. **Roth** in Potsdam redigirt werden, jedoch mit der Einschränkung, dass Herr Geheimer Ober-Medizinal-Rath Professor Dr. **Kirchner**, Vortragender Rath im preussischen Kultusministerium, die Schulhygiene, Herr Professor Dr. **Ostertag** in

Berlin die Nahrungsmittelhygiene und Herr Geheimer Sanitäts-Rath Dr. **Braehmer** in Berlin die Verkehrshygiene übernimmt.

Die Gerichtliche Medizin wird durch Herrn Gerichtsarzt und Privatdozent Dr. **Puppe**, das Privat-Versicherungswesen, in welchem besonders die Fragen der Lebensversicherung eine sorgfältige Beachtung erheischen, durch Herrn Physikus a. D. Dr. **Florschütz**, I. Bankarzt der Lebensversicherungs-Bank zu Gotha, bearbeitet werden.

Die Rechtspflege im Allgemeinen wird durch Herrn Geheimen Justizrath Professor Dr. **von Liszt**-Berlin, das Versicherungsrecht durch Herrn Kaiserlichen Regierungs-Rath **Radtke**, Ständiges Mitglied des Reichs-Versicherungsamts, vertreten sein.

Die bisherigen Redakteure, Herren Geheimer Medizinalrath Dr. **L. Becker,** Kreisarzt und Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin, Medizinalrath Dr. **A. Leppmann,** Kreisarzt und Strafanstaltsarzt, und Dr. **F. Leppmann** werden bei der Erledigung der laufenden Redaktionsgeschäfte zusammenwirken. An den verantwortlichen Redakteur der Zeitschrift, Herrn Dr. **F. Leppmann,** Berlin NW., Wikinger Ufer 1, bitten wir alle zur Aufnahme in die Zeitschrift bestimmten Beiträge zu senden.

Der Charakter der Zeitschrift wird auch unter der erweiterten Redaktion derselbe bleiben wie bisher. Weit davon entfernt, das Organ irgend welcher Interessengruppe zu sein, wird die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" jeder sachlich begründeten Anschauung in ihren Spalten Raum gewähren und ihren Lesern hierdurch Gelegenheit geben, in streitigen Fragen aus dem Widerspruch der Meinungen sich ein eignes Urtheil zu bilden. Dabei wird die Zeitschrift bestrebt sein, durch Vermeiden jeder überflüssigen Schärfe das gegenseitige Verständniss derjenigen Kreise, deren Zusammenwirken bei der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit nothwendig ist, zu unterstützen.

Die Redaktion.

Anforderungen von Seiten der verschiedenen Berufsarten an die Beschaffenheit des Auges.

Von
Professor Dr. **P. Silex**-Berlin.

Am besten für jeden Beruf eignet sich Derjenige, der gesunde und normale und mit voller Sehkraft ausgestattete Augen besitzt. Bei wievielen unter einer bestimmten Anzahl von Menschen dies der Fall ist, steht nicht genau fest. Ich berechne auf Grund meiner viele Untersuchungsjahre umfassenden Notizen über das Rummelsburger Waisenhaus die Zahl bei Kindern einer Elementarschule auf ca. 65 Prozent, wobei ich allerdings, was vom praktischen Standpunkt ohne Weiteres zulässig ist, die geringen Grade von Uebersichtigkeit und auch die Sehschärfe von fast 1 (normal) unter diese Gruppe subsummire. Der übrig bleibende Teil ist kurzsichtig und kann nur mit Gläsern eine gute Sehschärfe erreichen, oder er hat einen angeborenen Fehler in der Krümmung der Hornhaut (Astigmatismus) und ist dadurch oder durch stärkere Uebersichtigkeit oder durch krankhafte Veränderungen des Augapfels schwachsichtig.

Letztere können angeboren (wie z. B. Schichtstaar-Bildung) oder, was bedeutend häufiger ist, während des Lebens erworben sein. Eine sehr wichtige Rolle spielen in dieser Beziehung die sogenannten Hornhautflecke; das sind verschieden grosse, graue Punkte und Flecke auf der Hornhaut, die meist Reste einer auf skrophulöser Basis in frühestem Kindesalter entstandener Hornhaut-Entzündung sind. Dieselben bilden für die im späteren Leben oft zu konstatirende Schwachsichtigkeit einen so gewichtigen Faktor, dass sie bei den in schlechten sozialen Verhältnissen lebenden und von der Skrophulose besonders heimgesuchten Bevölkerungsschichten in höherem Grade die Sehschärfe alteriren, als alle die im weiteren Verlaufe des Lebens das Auge ungünstig beeinflussenden Momente. In wohlhabenden Kreisen haben sie wegen ihrer geringen Häufigkeit, und weil man ihnen gleich ärztlich begegnet, nur eine untergeordnete Bedeutung.

Für diese Gruppen der über ein minderwerthiges Sehen verfügenden Individuen ist es nun wichtig, dass sie sich, bevor sie einen Beruf erwählen, über die Anforderungen desselben orientiren. Unterbleibt dies, so findet es sich später oft gar bald, dass der erwählte Beruf wegen ungenügender Beschaffenheit des Auges leider nicht weiter gepflegt werden kann. Dies trifft für alle Schichten der Bevölkerung zu. — Wie oft habe ich z. B. einem jungen Studenten, der in seiner Verlegenheit zu mir kam, auseinandersetzen müssen, dass bei seiner Kurz- und Schwachsichtigkeit das Studium der Medizin für ihn absolut nicht passe. — Bei den Handwerkern liegen die Verhältnisse meist so, dass solch ein Mensch ohne viel Ueberlegung irgend ein Fach ergreift. Der Lehrherr bemerkt zwar oft, dass der Lehrling schlecht sieht, legt aber kein Gewicht darauf und beschäftigt ihn unter Umständen während der drei oder vier ausgemachten Jahre mit gröberer Arbeit. Ist die Lehrlingszeit absolvirt, und will der Geselle Gewordene jetzt Geld verdienen, so entlässt ihn ein Meister nach dem anderen, weil die Arbeit nicht den berechtigten Wünschen entspricht, und nun wird es dem Betreffenden klar, dass er seinen Beruf verfehlt hat. Etwas Anderes zu lernen, dazu ist er zu alt, und die Mittel sind nicht da, und nun beginnt die Noth. — Und noch in anderer Beziehung machen sich Missstände geltend. Wir finden z. B. Knaben mit skrophulöser, chronischer Lidrand- und Bindehaut-Entzündung, die es sich vorgenommen haben, Bäcker zu werden. In frischer Luft wäre Aussicht auf Heilung des Leidens vorhanden, unter dem Einfluss des Mehlstaubes und der Hitze verschlimmert sich aber unfehlbar die Krankheit, es kommt zu rothen Triefaugen, die, an und für sich nicht schön, gerade bei einem Bäcker und Konditor Jedem den Appetit verderben werden. Der Katarrh steigert sich zu Eiterfluss. Der Betroffene muss die Arbeit aufgeben; es geht ihm bald besser, sobald er aber in die alten Verhältnisse zurückkehrt, ist der Eiter wieder da.

Der Einäugige muss sich darüber klar werden, dass er für viele Berufsarten nicht passt. Wenn es auch richtig ist, dass in früher Jugend einäugig Gewordene sich in Bezug auf die Abschätzung von Distanzen leidlich zurecht finden, so ist doch ein gewisses Minus immer vorhanden. Ganz abgesehen davon, dass er in solchen Betrieben, die mit vielen Fährlichkeiten verbunden sind, leicht auch das erhaltene Auge verlieren kann, eignet er sich nicht für Arbeiten, die ein genaues Messen und Abschätzen der Entfernungen erfordern. Er wird

als Schmied, als Schlosser u. s. w. beim Hämmern an dem Zielpunkt vorbeischlagen und dadurch sich und Andere gefährden.

Will Jemand in einer Branche thätig sein, die das Erkennen von Farben nothwendig macht, so wird eine beim Eintritt in das Fach übersehene Farbenblindheit weiterhin zu vielen Unzuträglichkeiten führen.

Fällt es dem Laien oder dem Lehrer auf, dass ein Kind schlecht sieht, was sich meist zuerst in einem mangelhaften Erkennen der an der Wandtafel demonstrirten Dinge äussert, so soll man sich nicht mit dem Worte „Kurzsichtigkeit" begnügen, sondern immer einen Arzt befragen. Viele von der fraglichen Art sind nämlich garnicht kurzsichtig, sondern haben Fehler im Bau des Auges (Uebersichtigkeit, Meridian-Asymmetrie der Hornhaut) oder floride Krankheiten oder Reste früherer Entzündungen, Dinge, die alle Schwachsichtigkeit zur Folge haben, welch letztere wieder als Kurzsichtigkeit — weil eben wegen der Schwachsichtigkeit nicht weit gesehen werden kann — in einer grossen Zahl der Fälle imponirt. Man glaubt z. B., dass der Betreffende nicht Tischler werden kann, weil er den Sägestrich vermuthlich nicht bis 50 cm erkennen wird, und siehe da, mit einer passenden Brille geht es vortrefflich.

Ganz besonders werthvoll aber ist die ärztliche Untersuchung, und zwar mit dem Augenspiegel, bei der wirklichen Kurzsichtigkeit. Diese kann nämlich bedingt sein, 1. durch abnorm starke Krümmung der Hornhaut, 2. durch eine sehr hohe Brechkraft und eine Lage-Anomalie der Linse, und 3., was am häufigsten, durch Achsen-Verlängerung des Augapfels. Im letzteren Fall sind gewöhnlich bei höheren Graden die inneren Augenhäute krankhaft in Mitleidenschaft gezogen, und die Augen sind deswegen als kranke Organe zu betrachten, die keinen Strapazen gewachsen sind. Ein solches Individuum, ob Knabe oder Mädchen, thut nicht gut daran, wenn es z. B. in ein Bureau als Schreiber eintritt, oder wenn es sich weiter ausbildet und darauf hin arbeitet, Buchhalter zu werden oder Stenographie und Schreibmaschine zu erlernen. Es geht einige Jahre, dann kommen Schmerzen und Klagen über Mangel an Ausdauer und Unfähigkeit zur Arbeit, und oft muss irgend ein anderes Fach ergriffen werden. Geht dies nicht mehr an, so ist es eine ewige Plage, und schwere innere Augenveränderungen, meist freilich erst in den 30er oder 40er Jahren, sind die gewöhnliche Folge davon. Hat der Augenspiegel aber gesunde innere Häute ergeben, und ist der Grund der Kurzsichtigkeit vielleicht in einer sehr starken Krümmung der Hornhaut gelegen, so kann man hochgradig kurzsichtig, dabei aber unter Umständen nur mässig schwachsichtig sein. Das Auge ist dann als gesund anzusehen, und es liegt kein Grund vor, weshalb man nicht Ciseleur, Graveur, Diamanteur, Elfenbeinschneider, Stenograph oder dergleichen werden soll.

Was für die in Frage stehende Gesellschaftsklasse gilt, trifft auch für die höheren Stände zu. Bei demselben Grade der Kurzsichtigkeit und derselben Sehschärfe wird man dem Einen z. B. das Studium der Jurisprudenz gestatten können, den Anderen aber davor warnen müssen. Also nicht irgend ein Schlagwort, wie z. B. Kurzsichtigkeit, sondern die genaue Untersuchung des Auges ist entscheidend, und dies namentlich in Bezug auf die Zukunft. — Ein 14 jähriger Junge mit geringer Kurzsichtigkeit kann ohne Weiteres Schlosser werden; hat dieser aber, oder vielmehr die Eltern den Wunsch, dass das Schlosser-Handwerk nur ein Durchgangs-Stadium sei, und dass er eigentlich Lokomotivführer werden möchte, so muss man ihn gleich daran erinnern, dass er dieses Ziel trotz seiner event. vorzüglichen Sehschärfe wegen der Kurzsichtigkeit niemals erreichen kann. Ein Lokomotivführer darf keine Brille tragen und darf nicht kurzsichtig sein, und unser Knabe wendet sich jetzt vielleicht einem anderen Fache zu. — Ein anderer ist hochgradig übersichtig und verfügt über gute Sehschärfe. In der Jugend erweist er sich tüchtig als Glasbläser, aber schon mit 20 Jahren hat er oft die Fähigkeit, in der Nähe scharf zu sehen, verloren. Eine Brille kann er bei dem Feuer unter Umständen nicht oder nur mit grosser Schwierigkeit tragen, und er ist fertig mit dem Beruf.

Auf alle diese Dinge habe ich seit 10 Jahren bei meinen Untersuchungen der Zöglinge des Waisenhauses zu Rummelsburg aufmerksam gemacht und habe in dieser Hinsicht das grösste Entgegenkommen von Seiten des Herrn Direktors und der Herren Lehrer gefunden, ja ich habe mich dahin ausgesprochen, dass all die Schuluntersuchungen der Jetztzeit, da dem wissenschaftlichen Streben und der Statistik durch die Untersuchung von Hunderttausenden von Schülern genügt ist, nicht die schöne Zeit und die viele Mühe werth wären, wenn nicht das dabei herauskäme, dass die Kinder auf ihre Augen aufmerksam gemacht, dass die Lehrer über das Sehvermögen ihrer Schüler genau orientirt und die Abgehenden darüber instruirt würden, welchen Berufsarten sich zu widmen ihnen die Beschaffenheit ihrer Augen gestattet. Das Letztere ist, wie ich dies in dem Berliner Kommunal-Blatt betont habe, der wichtigste Punkt. — Wir hoffen, dass die Zeit nicht mehr fern liegt, wo die vom Berliner Magistrat für das Rummelsburger Waisenhaus eingeführte Massnahme weiteren Kreisen zu theil werden wird. Dass solche Instruktionen nicht nur den abgehenden Elementarschülern, sondern auch denen der höheren Lehranstalten von Nutzen sein würden, braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden.

Wenn nun das Resultat der Untersuchung feststeht, so fragt es sich, welche Fächer bei dem 14jährigen Knaben und Mädchen der Zustand der Augen und ihrer Anhänge, wie Lider und Muskulatur, zu ergreifen erlaubt. Manuelle Geschicklichkeit, geistige Fähigkeiten, körperliche Kräfte, die Geldmittel der Eltern u. s w., Dinge, die stets bei der Berufswahl sehr sorgfältig erwogen werden müssen, ziehe ich nicht weiter in den Kreis der Betrachtungen, sondern spreche mich, ohne auf Vollständigkeit und Fehlerlosigkeit Anspruch erheben zu wollen, rein vom praktischen, augenärztlichen Standpunkte aus. Geleitet werde ich bei der unten folgenden Aufstellung der Zahlen von dem, was ich als Arzt kennen gelernt habe. Die Ausnahme, dass z. B. ein Maschinenbauer mit schlechten Augen doch ein tüchtiger Arbeiter ist, der seinen Kameraden nicht nachsteht, stösst die Regel, dass ein solcher gut sehen soll, nicht um. Die Intelligenz kann manche körperliche Schwachheit ersetzen, und wenn z. B. Jemand sagt, dass ein Schlächter sehr gute Augen haben müsse, dass das Tödten der Thiere und der maschinelle Betrieb in den Wurstfabriken diese erfordere, so entgegne ich ihm, dass ich eine grosse Anzahl von Fleischern kenne mit mittlerem Sehvermögen, die mir gesagt haben, dass sie auf dem Berliner Viehhof allen Branchen ihres Faches vollauf gewachsen wären, und dass sie im Verdienste Niemandem nachständen. — Die Ansichten gehen und werden in dieser Beziehung immer auseinander gehen, und es kommt nur darauf an, gewisse Anhaltspunkte zu gewinnen; den Grenzwerthen wird man Rechnung tragen können.

Das Normalmass der Sehschärfe wird mit I bezeichnet, hat man dies nicht, so verfügt man über einen Bruchtheil dieser Grösse. — Beträgt die Sehschärfe etwa nur $^1/_3$, so kann man, da die Signale auf den Bahnstrecken mit dieser Sehfunktion in den nöthigen Entfernungen nicht erkannt werden, nicht Lokomotivführer, wohl aber noch ein brauchbarer Müller, Gerber oder Brenner werden. Daraus ergiebt sich, dass die Berufsarten verschiedene Forderungen an das

Sehvermögen stellen, oder anders ausgedrückt, dass wir Erwerbszweige mit hohen, mittleren und geringen optischen Ansprüchen haben.

Es kann auffallen, dass ich unten nicht die Sehkraft beider Augen zusammengemessen, sondern die eines jeden einzeln notire; dies thue ich deswegen, weil viele Behörden diesen Weg eingeschlagen haben und dann auch aus einem praktischem Grunde. Ein Zimmermann hat meinetwegen rechts Sehschärfe I und links $^1/_{20}$; er verfügt also, da die Zahlen nicht addirt werden, sondern sich bei Gebrauch beider Augen immer nur das Mass des bestsehenden Auges ergiebt, beim Oeffnen beider Augen über eine Gesammt-Sehschärfe von I. Nimmt der Mann jetzt rechts Schaden und kommt er vielleicht auf $^1/_3$ auf diesem Auge, so ist er als Zimmermann überhaupt nicht mehr zu gebrauchen. Hätte er aber rechts Sehschärfe I und links $^2/_3$ gehabt, so würde er bei einer Verletzung des rechten Auges durch dieses linke Auge befähigt sein, weiter in seinem Berufe sich zu bethätigen.

Sind Brillen, welcher Art auch immer, im Gebrauch, so ist diejenige Sehschärfe zu rechnen, die mit der für das Auge zulässigen und gewohnheitsmässig getragenen Brille erreicht wird. Natürlich wird man immer daran denken müssen, dass viele Erwerbszweige das Tragen einer Brille überhaupt nicht gestatten.

Von obigen Gesichtspunkten geleitet, unterbreite ich hiermit dem Leser eine Anzahl Berufsarten, die er in fraglichen Fällen einsehen kann.

Die optischen Anforderungen sind:

a. hohe (jedes Auge Sehkraft $^2/_3$ und mehr).	b. mittlere (ein Auge Sehkraft $^2/_3$ und mehr, das andere $^1/_3$ und mehr).	c. geringe (Sehschärfe geringer als bei b.).
Bereiter (Jockey)	Bandagist	Anfertigung künstli-
Bernsteinschnitzer	Barbier	cher Blumen
Brillantenschleifer	Bildhauer	Arbeiter in der Papier-
Brunnenbauer	Böttcher	branche
Buchdrucker	Brauer	Bäcker
Büchsenmacher	Bronceur	Buchbinder
Ciseleur	Drechsler	Bürstenbinder
Dachdecker	Elektrotechniker	Cigarrenarbeiter
Elfenbeinschnitzer	Gärtner (Baumschule)	Diener
Feilenhauer	Glaser	Färber
Förster	Glaskünstler	Gärtner (Gemüse-,
Gasarbeiter,Rohrleger	Glas- und Stein-	Blumen-)
Geldschrankschlosser	schleifer	Gerber
Goldarbeiter (Juwe-	Gelbgiesser	Glasbläser
lier-, Silber-)	Gürtler	Hausdiener
Graveur	Handschuhmacher	Hotelpage
Holzbildhauer	Hüttenarbeiter	Hutmacher
Klempner (Bau)	Instrumentenmacher	Kellner
Kupferdrucker	(Musik)	Koch
Kupferstecher	Klempner (nicht Bau-)	Konditor
Kutscher	Kürschner	Korbmacher
Lithograph	Kupferschmied	Kranzbinder
Maler (Schilder und	Lackirer	Kranenmacher
Stuben)	Lehrling in verschie-	Landwirthschaft
Maschinenbauer	denen kaufmänni-	Laufbursche
Maurer	schen Branchen	Lederzurichter
Mechaniker	Lehrer	Möbelpolirer
Optiker	Messerschmied	Müller
Photograph	Musiker	Schirm- und Stock-
Porzellanmaler	Radler	arbeiter
Schiffbauer	Orgelbauer	Schmied
Schlosser	Sattler	Schreiber
Schneider	Schlächter	Seifensieder
Schwertfeger	Schornsteinfeger	Seiler
Seemann	Schuhmacher	Steinsetzer
Steinmetz	Segelmacher	Stubenbohner
Stuckateur	Stellmacher	Strassenreinigungsar-
Tapezierer und Deko-	Stromschiffer	beiter
rateur	Thierausstopfer	Tagearbeiter in Stadt
Tischler	Töpfer	und Land
Uhrmacher	Tuchmacher	Vergolder
Xylograph	Wagenbauer	Weber
Zahntechniker	Zeugschmied	Weinküfer
Zimmerer	Zinngiesser	Ziegelstreicher.
	Zuckersieder	

Weibliche Berufsarten:

Malerin	Dienstmädchen	Arbeiterin (Fabrik)
Retoucheuse	Friseurin	Kellnerin
Schneiderin	Handschuharbeiterin	Korbflechterin
Schreibmaschinen-	Kindergärtnerin	Kranzbinderin
Schreiberin	Köchin	Packerin
Stenographin	Krankenpflegerin	Tabaksarbeiterin
Stickerin	Lehrerin	Wäscherin.
Telegraphistin	Plätterin	
Weissnäherin	Putzmacherin	
u. s. w.	Verkäuferin	
	Weberin	

Es dürfte nicht unangebracht erscheinen, ausser obigen Berufsarten noch andere mitzutheilen, die sich von ihnen dadurch unterscheiden, dass ganz bestimmte Zahlenwerthe gefordert werden. Dass sie erst für die späteren Lebensjahre in Betracht kommen, dürfte kein Hinderungsgrund sein, sie hier anzuführen. Wir bringen 1. die Anforderungen von Seiten des deutschen Kriegsheeres.

Dienst mit der Waffe einschliesslich Ersatzreserve verlangt für das bessere Auge ev. mit Glas Sehschärfe mehr als $^1/_2$. Blindheit eines Auges bei guter Gebrauchsfähigkeit des anderen ist nicht gestattet. Das stärkste zulässige Kurzsichtigkeitsglas beträgt 6,5 Dioptrieen (d. i. Fernpunktsabstand mindestens 15 cm).

Unteroffizier-Schüler und Vorschüler fordern ev. mit Glas für das rechte Auge volle Sehschärfe und für das linke mehr als $^1/_2$. Stärkere Gläser als $-\,^1/_{28}$ sind nicht erlaubt.

2. Kriegsflotte. Das bessere Auge muss ohne Glas mindestens Sehschärfe $^1/_2$ haben. Blindheit eines Auges macht unbrauchbar. Seekadetten, Schiffsjungen: Entweder für beide Augen ohne Glas mindestens $^3/_4$ Sehschärfe oder beiderseits ohne Glas mehr als $^1/_2$ und dieses Letztere, falls mit irgend welchen Gläsern Sehschärfe $^6/_6$ erreicht wird. Genügt bei Seekadetten das eine Auge, das andere aber nicht, so ist höhere Entscheidung zulässig.

3. Kaiserliche Schutz-Truppe. Für beide Augen ev. mit Glas Sehschärfe mindestens $^2/_3$. ($-\,^1/_{12}$ und $+\,^1/_{20}$ sind die gestatteten stärksten Gläser).

4. Forst-Verwaltung. Eintritt in die Forstlehre: für das rechte Auge ev. mit Glas volle und für das linke gleichfalls mit Glas mindestens $^3/_4$ Sehschärfe.

5. Post-Verwaltung. Die Post hat keine kodifizirten Sehschärfebedingungen. Die Vertrauensärzte halten sich meist an die für das Heer geltenden Vorschriften. Myopie über 6 Dioptrieen und Sehschärfe weniger als $^1/_2$ (nach Gläserkorrektion) gilt gewöhnlich als Abweisungsgrund. Bei tadelloser Beschaffenheit des einen Auges kommt der Zustand des anderen in der Regel nicht in Betracht.

6. Preussische Eisenbahn-Verwaltung. Die Anforderungen sind durch Ministerialerlass vom 5. August 1898 geregelt worden. Abgesehen von einem normalen Farbensinn sollen die Neuanzustellenden haben:

1. eine Sehschärfe von $^2/_3$ auf jedem Auge ohne Glas in den von der Behörde als Gruppe I A und II A bezeichneten Abtheilungen. Dieselben setzen sich aus folgenden Beamten und Arbeitern zusammen:

	I. Gruppe A.		II. Gruppe A.
1.	Brückenwärter	1.	Bahnwärter
2.	Schrankenwachen (Wärterinnen)	2.	Bremser
		3.	Schaffner
3.	Rottenführer (Strecken-Vorarbeiter)	4.	Packmeister
		5.	Zugführer
4.	Lokomotivheizer	6.	Lokomotivführer
5.	Werkstätten-Vorsteher, Werkmeister, Werkführer und Vorarbeiter in Lokomotiv- und Betriebswerkstätten	7.	Stations-Aufseher, Stations-Assistent
		8.	Stations-Vorsteher
		9.	Haltestellenaufseher
		10.	Haltepunktwärter
6.	Rangirarbeiter	11.	Weichensteller (auch erster Klasse)
7.	Telegraphenbeamte auf Blockstationen.	12.	Rangirmeister

2. Ohne Glas auf den einzelnen Augen Sehschärfe mindestens $^2/_3$ und $^1/_3$ (Gruppe I B und II B, 1.—9. Es sind:

Gruppe I B.

1. Bahnmeister (auch 1. Klasse),	3. Stations-Portiers.
2. Waagewärter,	4. Stations-Wächter.

Gruppe II B.

1. Krahnmeister,	6. Waagemeister,
2. Krahnwärter,	7. Wagenaufzeichner,
3. Trajekt- und Schiffsbedienstete,	8. Telegraphenmeister,
4. Stationsarbeiter, soweit nicht unter A und C benannt,	9. Telegraphen-Unterhaltungsarbeiter.
5. Bahnsteigschaffner,	

3. Ebenfalls Sehschärfe $^2/_3$ und $^1/_3$, aber event. mit Benutzung eines Glases. Dies Gruppe II B, 10.—17.

Gruppe II B.

10. Telegraphenbeamter auf Stationen,	14. Landmesser,
11. Betriebskontroleure,	15. Bauassistenten und Bauaufseher,
12. Zugrevisoren,	16. Maschinisten für elektrische Beleuchtungs- u. Kraftanlagen,
13. technische Kontroleure bei den Inspektionen.	17. Maschinenwärter.

4. Ohne oder mit Glas auf den einzelnen Augen mindestens Sehschärfe $^1/_2$ und $^1/_6$ (Gruppe II C).

Gruppe II C.

1. Werkstätten-Vorsteher, Werkmeister, -Führer und Vorarbeiter ausserhalb der Betriebs- und Lokomotivwerkstätten,	10. Gepäckträger,
	11. Wagenputzer,
	12. Kohlenlader,
	13. Güterbodenarbeiter,
2. Abfertigungsbeamte, mit Ausnahme der Stationskassenrendanten, Einnehmer, Fahrkartenausgeber, Brückengeldeinnehmer,	14. Strecken(Rotten) Arbeiter,
	15. Bureaubeamte (nichttechn.),
	16. Bureaubeamte (technische) mit Ausnahme der unter B 14 genannten,
3. Lademeister,	17. Kanzleibeamte,
4. Maschinenputzer,	18. Zeichner,
5. die unter 2 ausgenommenen Abfertigungsbeamten,	19. Telegraphenbeamte in den Bureaux,
6. Materialienverwalter,	20. Billetdrucker,
7. Magazinaufseher u. -Arbeiter,	21. Steindrucker,
8. Werkstättenportiers und Wächter,	22. Bureau- und Kassendiener,
	23. Fahrkartenordner,
9. Werkstättenarbeiter,	24. Ofenheizer

u. s. w.

Bei alten und im Dienst ergrauten Beamten sind in einzelnen Stellungen bei der sog. Wiederholungsprüfung geringere Sehschärfengrade noch zulässig.

Ich habe die das Eisenbahnfach betreffenden Zahlen ausführlich gebracht, weil die Knaben, die diese Carrière ergreifen wollen, sich schon frühzeitig darüber klar sein müssen, ob ihre Augen den hohen, aber gerechten Anforderungen entsprechen.

Auch für die höheren technischen Eisenbahnbeamten sind bestimmte Normen aufgestellt.

1. Maschinenbaubeflissene haben vor ihrer Zulassung zum Lokomotivfahrdienst sich darüber auszuweisen, dass sie bei normalem Farbensinn auf jedem Auge Sehschärfe $^2/_3$ ohne den Gebrauch einer Brille besitzen.

2. Regierungsbaumeister des Eisenbahnbaufaches sollen haben Sehschärfe $^2/_3$ und $^1/_3$, nöthigen Falls beim Gebrauch der gewohnheitsmässig getragenen Brille. Gelegentlich können Ausnahmen zugelassen werden.

3. Die höheren technischen Beamten haben, soweit sie in die Lage kommen können, in den äusseren Betriebsdienst miteinzugreifen, pflichtmässig sich darüber zu vergewissern, dass bei ihnen selbst das Farbenunterscheidungsvermögen noch fortbesteht und die Sehschärfe bei den maschinentechnischen höheren Beamten nicht auf $^1/_2$ auf einem der beiden Augen zurückgegangen ist.

Es sollte mich freuen, wenn dieser und jener der verehrten Leser aus den hier niedergeschriebenen Zahlen, was der Zweck der Zeilen ist, gelegentlich einen praktischen Nutzen ziehen könnte. Ich selbst konnte mit ihrer Hilfe schon vielen Eltern, die wegen der Berufswahl ihrer Kinder mich aufsuchten, recht brauchbare Rathschläge ertheilen.

Aus dem „Hermann-Haus", Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerk-Berufsgenossenschaft in Stötteritz bei Leipzig.

Ein Fall von multipler Sklerose nach Trauma.

Von
Professor Dr. **Windscheid,**
Chefarzt der Klinik.

In Hinsicht auf das immer interessante Krankheitsbild der multiplen Sklerose überhaupt, speziell aber auf die Beziehungen dieser ätiologisch noch so unklaren Krankheit zu einem Trauma erscheint mir der nachfolgende Fall mittheilenswerth.

Der Zimmerer Bruno E., 21 J. alt, ist am 15. August 1899 dadurch verunglückt, dass er beim Legen von Sparren auf einem Dachboden ausglitt und aus einer Höhe von 90 cm herunter mit dem Kopf auf einen Balken fiel. Er war nach Aussage eines Mitarbeiters sofort bewusstlos, hatte eine Beule an einem Auge und blutete aus dem rechten Ohr. Nach einer kleinen Stunde erholte er sich wieder und konnte die Arbeit fortsetzen. Acht Tage lang hat er ohne Beschwerden weiter gearbeitet. Nach Ablauf dieser Zeit klagte er über Kopfschmerzen und Schwindel, den Mitarbeitern gegenüber gab er an, dass es ihm unmöglich sei, über die Dachsparren wegzulaufen, weil ihm dabei drehend würde. Auch sollen schon damals Sprachstörungen aufgetreten sein. Der Zustand blieb in der nächsten Zeit unverändert, so dass E. schliesslich am 9. November 1899 die Arbeit ganz einstellen musste und sich in ärztliche Behandlung begab.

Die Unfallanzeige ist erst am 6. November 1899 erstattet worden.

Das erste ärztliche Gutachten wurde von Dr. O. in A. am 19. Februar 1900 abgegeben und konstatirt, dass E., als er sich am 8. November 1899 in die Behandlung des genannten Arztes begab, folgende Erscheinungen darbot: schwerfälliger, schwankender Gang, E. kann nicht gerade gehen. Bei geschlossenen Augen Schwanken. Der Gesichtsausdruck apathisch, Auffassungsvermögen sehr verlang-

samt. Pupillen reagiren normal. Am Tage der Ausstellung des Gutachtens konnte Dr. O. eine entschiedene Besserung des Zustandes feststellen, der Gang war sicherer, der Gesichtsausdruck lebhafter.

E. wurde hierauf zur Feststellung des Zusammenhanges der Krankheitserscheinungen mit dem Unfalle in die Heilanstalt von Dr. P. in A. geschickt, wo er vom 20. März bis 4. Mai 1900 blieb. In seinem Schlussgutachten vom 11. Mai 1900 giebt Dr. P. an, dass E. subjektiv über Doppelsehen und Schwindel sowie Spracherschwerung klagte. Objektiv fand sich eine geistige Schwerfälligkeit, starrer Blick bei geöffnetem Munde, Doppelsehen auf beiden Augen, sehr erschwerte Sprache. Die Gliedmassen sind alle aktiv wie passiv normal beweglich, es besteht geringfügiges Romberg'sches Phänomen. Durch die Behandlung sei entschieden eine Besserung erzielt worden. Dr. P. nimmt eine commotio cerebri an und schätzt die Einbusse der Erwerbsfähigkeit auf 20 Prozent. Am 11. Juni 1900 wurde E. von dem Augenarzte Dr. S. in A. untersucht, welcher beiderseits Linsentrübung und Parese beider musculi recti externi feststellte.

Durch Bescheid der Genossenschaft wurde E. am 6. Juli 1900 eine Rente von 20 Prozent zugebilligt, die er jetzt noch bezieht.

Am 19. November 1900 fand eine neue Untersuchung durch Dr. S. in C. statt, welcher Folgendes konstatirte: blöder Gesichtsausdruck, Parese der Augenmuskeln, geringes Romberg'sches Phänomen, erhöhte Patellarreflexe. Keine Störungen an den Extremitäten, E. geht ganz sicher. S. nimmt eine Schädelbasisfraktur an und schätzt die Erwerbsunfähigkeit ebenfalls auf 20 Prozent. Der Augenarzt Dr. V. in C. untersuchte den Verletzten am selben Tage und fand ausser dem Schichtstaar und der Parese der musculi recti externi auch eine Parese des musculus obliquus inferior.

Am 23. Mai 1901 richtete E. eine Eingabe an die Genossenschaft um Erhöhung der Rente, da der Schwindel erheblich zugenommen habe und er völlig arbeitsunfähig schon seit dem 3. Dezember 1900 sei. Er wurde am 12. Dezember 1901 von Dr. J. in M. untersucht, welcher unsicheren Gang, Erhöhung der Kniescheibensehnenreflexe fand und angab, dass seit Mai 1901 eine bedeutende Verschlimmerung im Zustande eingetreten sei, so dass er die Erwerbsunfähigkeit auf 75—80 Prozent schätze.

E. wurde darauf dem Hermann-Hause zur näheren Beobachtung überwiesen.

Die Untersuchung hierselbst ergab Folgendes:

Die Eltern sind beide noch am Leben und gesund. Von drei Geschwistern ist eins an Diphtheritis gestorben, zwei leben und sind ebenfalls gesund. E. hat nur als Kind die Masern durchgemacht, war sonst völlig gesund. Vom Militär wurde er aus ihm unbekannten Gründen zurückgestellt. Geschlechtskrankheit wird geleugnet. Alkoholmissbrauch liegt seinen Angaben nach nicht vor. In der näheren Verwandtschaft keine Nervenkrankheiten.

Bei der Aufnahme in die Klinik klagt er über Doppelsehen, Schwindel beim Bewegen und in Rückenlage, mitunter heftige Kopfschmerzen, Schwäche in beiden Beinen. Der Gang sei ohne Stock unmöglich.

Objektiv fand sich ein untermittelgrosser (153 cm) kräftiger Mensch mit gut entwickelter Muskulatur und gutem Ernährungszustand. Gewicht 127 Pfund, T. 36,5, P. 30.

Schon beim ersten Anblick fällt der blöde Gesichtsausdruck auf. E. hat meistens den Mund halb geöffnet, lächelt fortwährend. Die Unterhaltung mit ihm ergiebt eine deutlich verminderte Intelligenz. Er giebt auf die gestellten Fragen nur langsam nach Besinnen Antwort, kann nur unvollkommen rechnen, weiss über seine persönlichen Angelegenheiten hinaus keinen Bescheid mehr. Die Sprache ist ausgesprochen hesitirend, schwerfällig und skandirend, komplizirte Worte kann E. gar nicht oder nur sehr unvollkommen aussprechen. Anstatt sich darüber Gedanken zu machen, grinst er ganz fröhlich.

Am Schädel findet sich äusserlich nichts Abnormes, der Umfang weist normale Verhältnisse auf. Auf dem Hinterkopfe findet sich eine frische Narbe, die von einem Sturze in Folge eines Schwindelanfalles herrührt, den E. einige Tage vor Eintritt in die Klinik erlitten hat. Der Unfall selbst hat keine sichtbare Narbe hinterlassen. Das Schädeldach ist nirgends auf Druck oder Bepochen empfindlich.

Die Pupillen sind mittelweit, gleichweit, reagiren gut auf Lichteinfall und Nahesehen. Der Augenbefund entspricht noch dem Gutachten von Dr. V.: „beiderseits Schichtstaar, beim Sehen in die Ferne horizontale gleichnamige neben einanderstehende Doppelbilder, deren Entfernung beim Blick nach rechts und links wächst. Beim Blick nach links geht das Bild des linken Auges etwas höher, beim Blick nach links oben wird die Höhendifferenz sehr gross. Augenhintergrund normal". Kein Nystagmus.

Geruch, Gehör und Geschmack sind unbeeinträchtigt.

Der rechte Mundwinkel hängt deutlich herab und wird bei Bewegungen auf Geheiss sowohl als auch beim Sprechen und Lachen weniger bewegt wie der linke. Pfeifen ist erschwert.

Kaubewegungen ungestört.

Die Zunge ist belegt, kann gerade herausgestreckt und nach allen Richtungen frei bewegt werden, zeigt aber ein ausgesprochenes fibrilläres Wogen.

Bewegungen des Gaumens frei. Schlucken ungestört. Die Tonsillen sind beiderseits wallnussgross.

Die Wirbelsäule ist in ihrer Form ohne Besonderheiten, nirgends auf Druck empfindlich. Die Bewegungen sind aktiv frei, aber E. muss sich beim Bücken auf seinen Stock stützen, da er sonst umfällt.

An den Lungen und am Herzen findet sich nichts Abnormes. Ebenso sind die Organe des Unterleibs völlig frei von Störungen. Urin 1019, sauer, klar, ohne Eiweiss und Zucker.

Genitalien ohne Besonderheiten.

Die Extremitäten zeigen eine kräftig entwickelte Muskulatur, nirgends Atrophieen. Die aktive Beweglichkeit aller vier Extremitäten ist erhalten. An den Armen lässt sich keine Verminderung der rohen Kraft finden. E. drückt am Dynamometer r. 60, l. 55 Kilo. Ganz geringes Zittern bei ausgestreckten Händen, kein Intentionstremor. Die Beine zeigen dagegen bei Widerstandsprüfungen eine deutliche Herabsetzung ihrer rohen Kraft. Bei passiven Bewegungen ist an den Armen nichts Abnormes zu finden, während an den Beinen sicher geringe Spasmen vorhanden sind.

Bei geschlossenen Augen ist es E. im Liegen nur sehr schwer möglich, mit der Hacke das Knie des entgegengesetzten Beins zu berühren, er geräth dabei in Zittern, das Bein fährt umher und sucht die zu berührende Fläche. Beim Uebereinanderlegen der Beine entstehen exzessiv ausfahrende Bewegungen.

Bei Fuss-Augenschluss im Stehen enormes Schwanken mit sofortigem Umsinken.

Der Gang ist breitbeinig, schleppend, E. klebt mit den Fussspitzen auf dem Fussboden. Ohne Stock ist es ihm wegen sofort eintretenden Schwankens unmöglich, zu gehen. Beim Gehen mit geschlossenen Augen fällt er nach ein paar ganz unsicheren Schritten um.

Die Kniescheibensehnenreflexe sind enorm gesteigert. Schon die leiseste Berührung der Kniescheibensehne ruft Zuckungen hervor. Fussclonus in ausgesprochenster Weise vorhanden.

Störungen der Sensibilität bestehen nicht.

Die eingeschlagenen therapeutischen Massregeln hatten keinen Erfolg. E. verliess die Anstalt in genau demselben Zustande, wie er sie betreten hatte. Der Entlassungsbefund deckte sich mit dem Aufnahmebefund vollkommen.

Der geistig minderwerthige Zustand blieb immer in der ausgesprochensten Weise vorhanden. E. stand geistig auf dem Niveau eines Kindes, das Alles haben will. Dabei zeigte er grosse Eitelkeit, hielt sehr auf sein Aeusseres, wollte z. B., obwohl er keine Spur von Bart hatte, durchaus rasirt sein.

Im Allgemeinen war er durchaus gutmüthig, wenn man ihm seinen Willen liess, konnte aber auch gereizt werden. Er stapelte meist den ganzen Tag im Garten herum und unterhielt sich in seiner Weise mit den Mitpatienten. Zu irgend einer Beschäftigung war er absolut nicht zu gebrauchen.

Ein Schwindelanfall, wie der kurz vor der Aufnahme eingetretene, war während des Anstaltsaufenthaltes nicht zu beobachten.

Die Diagnose des mitgetheilten Falles ist meiner Ansicht nach sicher, so weit man überhaupt die Diagnose der multiplen Herdsklerose sicher nennen kann. Von Hauptsymptomen fehlt nur der Nystagmus und das Intentionszittern. Dafür ist aber in der ausgesprochensten Weise vorhanden die skandirende

Sprache, der exquisite spastische Symptomenkomplex an den Beinen und die psychische Störung. Auch das Lebensalter entspricht völlig demjenigen, in welchem sich die multiple Sklerose zu entwickeln pflegt.

In Frage kommen könnte noch die Westphal-Strümpell'sche Pseudosklerose, bei welcher vor Allem die psychische Störung in Form von Demenz sehr frühzeitig zu Tage tritt. Es fehlt aber im vorliegenden Falle vor Allem das charakteristische Zittern, welches die Pseudosklerose auszeichnet. Die Annahme einer diffusen Hirnsklerose hat auch ihre Schwierigkeiten; bei dieser Krankheit fehlen ja meistens im Gegensatz zur multiplen Sklerose der Nystagmus und die auch im vorliegenden Falle nicht vorhandene Optikusatrophie, und die Demenz ist sehr ausgesprochen, aber die Entwicklung fällt immer in das Kindesalter. Die Entstehung beider Krankheiten nach Trauma ist meines Wissens nach noch nicht beobachtet worden.

Endlich kann auch der Verdacht auf eine progressive Paralyse auftauchen. Der spastische Symptomenkomplex mit der starken Ataxie ist aber doch zu ausgeprägt, die psychische Störung trägt den Charakter der einfachen Demenz, die Sprachstörung ist eine ganz andere wie bei der progressiven Paralyse, so dass diese Diagnose doch wohl sicher fallen gelassen werden kann.

Der Zusammenhang zwischen der Krankheit und dem Unfall kann wohl nicht geleugnet werden. Es hiesse den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man die Beziehungen des unmittelbar nach dem Unfall auftretenden Krankheitsbildes zu dem Schädeltrauma leugnen. Langsam aber ständig haben sich allmählig mehr und mehr die Symptome entwickelt bis zu der oben mitgetheilten Höhe bei einem früher völlig gesunden Menschen. Selbstredend wird das Trauma nicht die einzige Ursache der multiplen Sklerose sein. Wir haben allen Grund, anzunehmen, dass diese Krankheit eine kongenital veranlagte ist, aber offenbar gewisser äusserer Reizmomente bedarf, um zur Entwicklung zu gelangen. Zu diesen Momenten gehören vor Allem die Durchnässungen und starken Erkältungen, dann körperliche Ueberanstrengungen; beschrieben worden ist auch ein grosser Schreck, also eine übermässige psychische Erregung. Ganz speziell aber scheint das Trauma und zwar vor Allem das Schädeltrauma eine Beziehung zur Entwicklung der Krankheit zu besitzen. Ich habe unlängst in einer unter meiner Leitung gearbeiteten Dissertation die bisher bekannten Fälle von multipler Sklerose nach Trauma zusammen stellen und kritisch beleuchten lassen,[1]) darunter einen ebenfalls von mir im Hermann-Haus beobachteten. Gumprecht hat 54 Fälle herausgefunden, bei denen man mehr oder minder berechtigt ist, ein Trauma als das auslösende Moment der Krankheit zu betrachten.

In diesem Sinne habe ich auch mein Gutachten dahin abgegeben, dass der mittelbare Zusammenhang zwischen dem jetzigen Zustande und dem Unfall nicht geleugnet werden dürfe und dass zum Mindesten durch Unfälle eine raschere Entwicklung des Leidens angenommen werden dürfe. Dass der Verletzte wegen der hochgradigen Verminderung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten völlig arbeitsunfähig ist und daher die Vollrente beziehen muss, liegt auf der Hand. Ich habe noch nicht erfahren, was für einen Entscheid die Berufsgenossenschaft gefasst hat.

[1]) Gumprecht, die Beziehungen des Trauma zur multiplen Sklerose. Inaug.-Dissert. Leipzig 1901.

Kreisarzt und Gemeindearzt.

Von
Dr. E. **Roth**-Potsdam,
Reg.- und Geh. Med.-Rath.

Von der Befugniss des § 3, Abs. 5 des Gesetzes, betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899, wonach die für Stadtkreise als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte vom Minister der Medizinalangelegenheiten mit der Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes beauftragt werden können, ist seitens der Stadtkreise nur vereinzelt Gebrauch gemacht worden, während umgekehrt dem staatlichen Gesundheitsbeamten in den Stadtkreisen die Funktionen eines Stadtarztes, wie es scheint, in einer grösseren Zahl von Fällen von den Kommunen übertragen worden sind. In diesen letzteren Fällen sind die Kreisärzte von vorne herein in der Lage, die gesundheitlichen Einrichtungen der Städte nachhaltig zu fördern, während sie in den übrigen Städten und ländlichen Ortschaften überwiegend auf die Vermittlung der Gesundheitskommissionen, wo solche gebildet sind, oder, wo dies nicht der Fall, auf die Ortsbesichtigungen als Mittel zur Förderung der öffentlichen Gesundheit angewiesen sind.

Die Gesundheitskommissionen sind Hilfsorgane für die Zwecke der staatlichen Gesundheitsverwaltung und stellen vorwiegend berathende und begutachtende Organe in allen Fragen der öffentlichen und kommunalen Hygiene dar. Zu diesem Zweck haben sie sich durch gemeinsame Besichtigungen von den gesundheitlichen Zuständen der Gemeinden, insbesondere den Verhältnissen der menschlichen Wohnstätten mit Einschluss der Massenquartiere, Herbergen u. s. w., der Art der Beseitigung der unreinen Abgänge, der Art der Wasserversorgung, der Beschaffenheit der öffentlichen Wasserläufe, dem Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln, dem Zustand der Armen- und Krankenpflege, der Armen- und Siechenhäuser, des Rettungswesens u. s. w., der öffentlichen Bade- und Schwimmanstalten, der Volksbäder und Schulbäder Kenntniss zu verschaffen und vor Allem auch aus eigener Initiative Vorschläge über die Beseitigung gesundheitswidriger Zustände wie über die Verbesserung bestehender Einrichtungen und Ausführung zeitgemässer Neuerungen zu machen. Diese Besichtigungen werden um so erfolgreicher sein, je mehr die Mitglieder der Kommissionen den Aufgaben der Gemeindehygiene Verständniss und Interesse entgegenbringen. Neben den Technikern wird bei diesen Besichtigungen wie bei den anzuregenden Verbesserungen das Urtheil des ärztlichen Mitgliedes der Kommission von ausschlaggebender Bedeutung und ebenso unentbehrlich sein, wie bei den beim Herrschen ansteckender Krankheiten vorgesehenen von Haus zu Haus-Besuchen. Deshalb wird es vor Allem darauf ankommen, dass sich die Kreisärzte in den ärztlichen Mitgliedern der Gesundheitskommissionen sachverständige Helfer sichern.

Als ein besonderer Mangel wird vielfach in den kleineren Städten das Fehlen ausreichend vorgebildeter Techniker empfunden. Hierin findet es im Wesentlichen seine Erklärung, dass die Hygiene der kleinen Städte, namentlich in der Beseitigung der unreinen Abgänge, der Anlage der Brunnen u. a. in den letzten Jahrzehnten im Allgemeinen nur geringe Fortschritte aufzuweisen hat. Nach dieser Richtung wird besonderer Werth darauf gelegt werden müssen, dass die nothwendigsten Vorarbeiten zu Stadtkanalisationen bei Zeiten getroffen werden, wozu vor Allem die Aufstellung eines Stadtplans gehört, in den für jede Strassenkreuzung und jeden auffälligen Brechpunkt der Strassengefälle Höhenangaben mit ausreichenden Festpunkten einzutragen sind, ferner Bestimmungen der Flusswasserstände, der Grundwasserstände,

Untersuchungen des Untergrundes, ferner Bestimmungen der Regenmengen, der gewerblichen Abwässerungen und eine Aufnahme der etwa vorhandenen Leitungen, Vorarbeiten, die in keinem geordneten Gemeinwesen fehlen sollten, und auf deren Bereitstellung die Stadtverwaltungen im Potsdamer Bezirk durch besondere Verfügung hingewiesen worden sind.

Eine erspriessliche Wirksamkeit auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit hat zur Voraussetzung, dass die Mitglieder der Gesundheitskommissionen und insbesondere das ärztliche Mitglied auch ausserhalb der Besichtigungen den Aufgaben der öffentlichen und kommunalen Hygiene dauernd ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Je mehr dies der Fall ist, um so erfolgreicher wird sich ihre Thätigkeit gestalten. Voraussetzung ist hierbei, dass das Vorgehen ein planmässiges ist, dass die ärztlichen Mitglieder in steter Fühlung mit dem Kreisarzt bleiben, und dass in der Art des Vorgehens wie in den Zielen zwischen dem Kreisarzt und den ärztlichen Mitgliedern der Kommission Uebereinstimmung herrscht. Ausser den Sitzungen der Gesundheitskommissionen bieten auch die lokalen Aerztevereine dem Kreisarzt Gelegenheit, sich die Mitwirkung der Aerzte zu sichern und ein einheitliches Vorgehen auf dem Gebiet der Gemeindehygiene anzubahnen, worauf auch der § 23 der Dienstanweisung für die Kreisärzte noch besonders hinweist.

Was die hauptsächlichsten, den Gesundheitskommissionen gestellten Aufgaben betrifft, so steht neben der Schaffung tadelloser Haus- und Gemeindeeinrichtungen auf dem Gebiet der Wasserversorgung und der Beseitigung der Abfallstoffe die Wohnungsfrage in erster Linie. Wer die Wohnung bessert, bessert den Menschen, und zwar nicht nur in gesundheitlicher, sondern auch in sittlicher und sozialer Beziehung. Auf dem Gebiet der Wohnungshygiene werden mangels städtischer Gesundheits- oder besonderer Wohnungsämter Fortschritte nur zu erzielen sein, wenn die Gesundheitskommissionen und insbesondere die ärztlichen und bautechnischen Mitglieder derselben die Wohnungshygiene zum Gegenstand dauernder Fürsorge machen. Neben der Förderung aller auf die Vermehrung gesunder Kleinwohnungen gerichteter Bestrebungen bleibt das Wichtigste die Einführung einer regelmässigen Wohnungsschau zur Feststellung gesundheitsschädlicher Bauzustände und gesundheitswidriger Wohnungsbenutzung, und zwar zunächst in den Städten und Industriebezirken und unter Beschränkung auf diejenigen Wohnungen, bezüglich deren der Verdacht einer Ueberfüllung oder ungesunden Beschaffenheit vorliegt, also namentlich die kleineren Miethswohnungen mit weniger als 3 bis 4 Räumen, die Massenquartiere, Schlafstellen, Herbergen und die Unterkunftsräume der Gesellen, Lehrlinge und Dienstboten. Wenn auch zur Vermeidung von Kollisionen aus § 7 des Gesetzes zum Schutz der persönlichen Freiheit vom 12. Februar 1850 eine unzweideutige klar abgegrenzte gesetzliche Vollmacht über die Wohnungsschau und das event. Verbot der Wohnungsbenutzung zu erstreben bleibt, so lassen die Bestimmungen des Allgemeinen Landrechts (§ 10, Th. II, Titel 17) und des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 (§ 6) über das Recht polizeilichen Einschreitens, namentlich soweit der Verdacht einer gesundheitswidrigen Wohnungsbeschaffenheit vorliegt, keinen Zweifel. Dies wird auch durch das Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1890 bestätigt, das der Polizei die Befugniss zuspricht, das Vermiethen von Wohnungen zu untersagen, wenn Mangel an Licht und Luft vorhanden ist, sowie durch den § 544 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Im Uebrigen ist die Durchführbarkeit der Wohnungsschau durch das Vorgehen im Regierungsbezirk Düsseldorf, sowie in den Städten Posen, Liegnitz, Aachen, Mainz u. a. praktisch erwiesen. Besondere Erwähnung verdient, dass in Mainz die Gemeindeärzte als Organe der Wohnungsschau herangezogen sind.

Auf dem Gebiet der Ernährung bieten die Beziehungen derselben zur Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung und zum Auftreten von Krankheiten den Gesundheitskommissionen ein reiches Feld der Bethätigung, soweit namentlich die Ernährung der ärmeren Bevölkerungsklassen und die Säuglingsernährung in Frage kommt. Hier werden die Gesundheitskommissionen und speziell die ärztlichen Mitglieder alle auf eine Verbesserung der Ernährung der unteren Volksklassen wie auf die Beschaffung guter und billiger Nahrungsmittel, vor Allem auch einer gesunden Kindermilch, gerichteten privaten und Vereinseinsbestrebungen namentlich auch derjenigen vom Rothen Kreuz, sowie die auf die Hebung und Erweiterung hauswirthschaftlicher Kenntnisse gerichteten Unternehmungen auf alle Weise zu fördern haben. Auch wird im Interesse einer gesunden Volksernährung auf die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser in den Städten und grossen ländlichen Ortschaften mehr wie bisher hinzuwirken sein.

Auf dem Gebiet der Armen- und Krankenpflege fallen die Einrichtungen der offenen und geschlossenen Armen- und Krankenpflege, die Krankenhäuser, Armenhäuser, Hospitäler, die Siechen- und Waisenhäuser, die bisher jeder hygienischen Kontrole entzogen blieben, in den Bereich der Fürsorge der Gesundheits-Kommissionen und speziell ihrer ärztlichen Mitglieder, und das Gleiche gilt von der Ueberwachung der Kost- und Haltekinder. Auf dem Gebiet der Armen- und Krankenpflege ist neben der Schaffung geeigneter Unterkunftsräume, namentlich auch für Kranke mit übertragbaren Krankheiten, wie wiederholt betont, die Einrichtung von Gemeindepflegestationen und die Bereitstellung von Wochenpflegerinnen von besonderer Wichtigkeit, wobei gleichfalls die Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz besonders willkommen sein wird. Beim Auftreten von Epidemieen wird die Gesundheitskommission und speziell deren ärztliches Mitglied der Polizeibehörde berathend zur Seite stehen und die bis zur Ankunft des Medizinalbeamten erforderlichen Massnahmen der Feststellung der Krankheit, der Isolirung und Unterbringung der Kranken in die Wege zu leiten haben. Unabhängig von Seuchenausbrüchen wird der Frage der Unterbringung ansteckender Kranker und der Bereitstellung geeigneter Unterkunftsräume, der Frage des Krankentransports besonders auch in denjenigen Fällen, wo Krankenhäuser am Ort nicht zur Verfügung stehen, der Unschädlichmachung der Ansteckungsstoffe während der Krankheit wie nach deren Ablauf durch Schaffung zweckentsprechender Desinfektionseinrichtungen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein; hierbei wie bei der Durchführung der Wohnungsschau wird die Schaffung von Hilfsorganen (Gesundheitsaufseher, Seuchenwärter, Desinfektoren) sich um so nothwendiger erweisen, je energischer die Fragen des Seuchenschutzes und der Wohnungsschau in Angriff genommen werden. Zur Durchführung der bei der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten erforderlichen Massnahmen bietet der § 23 des Ges. betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 eine geeignete Handhabe. Von den gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten abgesehen, liegt die Bereitstellung zweckentsprechend eingerichteter Krankenhäuser ebenso sehr im Inter sse der Kranken wie der engern und weitern Kommunalverbände, wie auch ohne sie die sozialpoltischen Gesetze und insbesondere das Krankenversicherungsgesetz nicht durchführbar ist. Wenn der § 7 des Krankenversicherungsgesetzes in einer grossen Zahl von Fällen die Ueberführung der Zwangsversicherten in Krankenanstalten vorsieht,

so unterliegt es keinem Zweifel, dass, je weniger hiervon in geeigneten Fällen Gebrauch gemacht wird, um so ungünstiger die erzielten Heilerfolge sein werden und um so häufiger nachträglich die öffentliche Armenpflege in Anspruch genommen wird. (Vgl. auch „die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit mit besonderer Berücksichtigung des § 7 des Krankenversicherungsgesetzes", diese Zeitschrift 1901, No. 16).

Es erhellt hieraus, dass es sich bei den Aufgaben der Gesundheitskommissionen um das ganze grosse Gebiet kommunaler gesundheitlicher Einrichtungen handelt, und dass in erster Linie der Kommunalarzt (Armenarzt) berufen ist, als ärztliches Mitglied in den Gesundheitskommissionen zu wirken. Bezüglich der Stellung der Kommunalärzte und des Umfangs ihrer Thätigkeit darf auf frühere Arbeiten des Verf. („Armenfürsorge und Armenkrankenpflege mit besonderer Berücksichtigung der heutigen Stellung des Armenarztes u.s.w." Berlin 1893, B. Schoetz, „Ueber die Stellung des Kommunalarztes und seine Aufgaben", Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege B. 27, S. 529, und Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege B. II, Abth. 2) Bezug genommen werden. Die auf diesem Gebiet in anderen Ländern getroffenen Organisationen lassen keinen Zweifel darüber, dass wir, was die Bereitstellung eines sachverständigen hygienischen Beiraths für die Kommunen betrifft, hinter den auf diesem Gebiet in anderen Ländern gemachten Fortschritten, von einigen grösseren Städten abgesehen, erheblich zurückgeblieben sind.

Die Befürchtung einer Kollision der Pflichten, die den früheren Ausführungen des Verf. vielfach entgegengehalten wurde, ist heute noch weniger berechtigt, nachdem durch die Dienstanweisung für die Kreisärzte wie die Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommissionen der beiderseitige Pflichtenkreis eine sorgfältige Umgrenzung erfahren hat.

In denjenigen Ortschaften, in denen die Bildung von Gesundheitskommissionen, sei es in Folge Gesetzes oder behördlicher Anordnung, nicht erfolgt ist, wird es Sache der Kreisärzte sein, bei Gelegenheit der Ortsbesichtigungen das Verständniss für die hier vorliegenden besonderen Aufgaben nach Massgabe und an der Hand der im Einzelfall festgestellten Mängel in die Wege zu leiten. Neben den Amts- und Gemeindevorstehern, den Gutsvorstehern, den Geistlichen und Lehrern werden sich die Kreisärzte auch hier in erster Linie der Mitwirkung der Aerzte, wo solche ansässig sind, zu versichern haben, auch wenn deren Zuziehung durch die Dienstanweisung nicht direkt vorgeschrieben ist. Demnächst werden die Gemeindepflegerinnen als Hilfsorgane heranzuziehen und, soweit namentlich die Armen- und Krankenpflege, die Ernährung der ärmeren Volksklassen, die Besserung der Wohnungsverhältnisse und die Förderung des Verständnisses für die Aufgaben der häuslichen Gesundheitspflege in Frage kommen, besonders willkommen sein. In diesen Ortsbesichtigungen darf mit Recht eines der werthvollsten Mittel zur Hebung der ländlichen Wohlfahrts- und Gesundheitspflege erblickt werden, das um so bessere Erfolge verspricht, je grösser das Verständniss ist, das die amtlichen Organe mit Einschluss der Geistlichen und Lehrer und zuletzt auch die Bevölkerung selber den Aufgaben auf diesem Gebiet entgegenbringt, und je mehr ein geordnetes Zusammenwirken der Gemeindepflege mit den Aerzten und Medizinalbeamten gewährleistet ist.

Ueber die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservirungsmittel für Hackfleisch.

Von

Prof. Dr. **Ostertag.**

In No. 24 des letzten Jahrganges der „Aerztl. Sachverständigen-Ztg." behandelt Professor Dr. Liebreich die Frage der Verwendung des schwefligsauren Natriums als Konservirungsmittel für Hackfleisch und kommt zu dem Schlusse, dass das fragliche Salz weder gesundheitsschädlich sei noch eine Täuschung über die Beschaffenheit des Fleisches ermögliche. Liebreich geht dabei von der Annahme aus, dass die Mengen des schwefligsauren Natriums, welche dem gehackten Fleische zugesetzt werden, „sehr geringe" seien.

Hierzu mögen mir folgende Bemerkungen verstattet sein:

Seit etwa 15 Jahren verwenden die norddeutschen Schlächter schwefligsaure Salze, hauptsächlich schwefligsaures Natrium und Kalzium, zur Erhaltung der rothen Farbe des gehackten oder geschabten Fleisches. Die genannten Salze haben die merkwürdige Eigenschaft, den Muskelfarbstoff zu konserviren. Die Einführung der Sulfite in das Schlächtergewerbe erfolgte hauptsächlich durch ein Zeugniss des „Gerichtschemikers" Dr. Bischoff, welcher bescheinigte, dass der Zusatz von 0,2 Prozent der schwefligsauren Salze zu dem Fleische unschädlich sei. Dieses Gutachten veranlasste, wie aus zahlreichen früheren Gerichtsverhandlungen zu entnehmen ist, die Schlächter zu dem Glauben, dass da ein Zusatz bis zu der von Bischoff angegebenen Höhe gestattet sei. Die Gerichte erkannten aber, selbst wenn der von Bischoff normirte Grenzsatz nicht überschritten wurde, auf Bestrafung und zwar wegen Verfälschung. Die Gerichte schlossen sich den sachverständigen Gutachten an, dass dem Hackfleisch durch den Zusatz schwefligsaurer Salze der Schein einer besseren, nämlich frischen Beschaffenheit auch für die Zeit ertheilt werde, in welcher sich durch die natürliche Veränderung des Fleisches zeigen würde, dass es sich um altes Hackfleisch handelt. Nach dieser fast konstanten Rechtsprechung mahnten die Schlächterzeitungen von der weiteren Verwendung der mehrfach genannten Salze ab, zumal da das Reichsgesundheitsamt in einer Denkschrift die Verwendung schwefligsaurer Salze zu Hackfleisch nicht nur als eine Verfälschung, sondern auch als geeignet bezeichnete, die menschliche Gesundheit zu beschädigen. Die Mahnungen der Schlächterzeitungen hatten auch erkennbar den Erfolg, dass die Schlächter mehr und mehr auf den Zusatz schwefligsaurer Salze zu Hackfleisch verzichteten und dieses Fleisch stets frisch bereiteten, was seit Einführung der kleinen, auch in den bakteriologischen Laboratorien gebräuchlichen Fleischhackmaschinen in bequemster Weise geschehen kann. Da trat plötzlich ein Umschwung ein, als der Nahrungsmittelchemiker Dr. Lebbin in Artikeln, welche in den Schlächterzeitungen erschienen, erklärte, die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes beruhe auf irrigen Voraussetzungen und könne nicht als Grundlage für eine Verurtheilung wegen Zusatzes schwefligsaurer Salze zu zerkleinertem Fleische erachtet werden. Dies hatte, zur Folge, dass Dr. Lebbin in einer sehr grossen Zahl von Strafprozessen, die sich wegen des gedachten Zusatzes abspielten, als Sachverständiger geladen wurde, und dass die Gerichte in Folge der Divergenz der sachverständigen Meinungen auf ein „non liquet" erkennen mussten. In besonderen Fällen trat Professor Dr. Liebreich den Gutachten Lebbins als Sachverständiger bei. Die Autorität Liebreichs als Pharmakologe erklärt es, dass nunmehr — im Gegensatz zu früher —, viele Freisprechungen in den hier in Frage kommenden Prozessen erfolgt sind.

Aus diesem Grunde ist die Begründung des Liebreichschen Standpunktes für die Beurtheilung der Frage von grösstem Interesse.

Liebreich stützt sein Votum auf die Voraussetzung, dass nur „sehr geringe" Mengen schwefligsaurer Salze zugesetzt werden. Dies ist erstlich nicht zutreffend und lässt sich zweitens im Einzelfalle nicht kontroliren. Der Schlächter

setzt die Salze in der Regel nicht in abgewogenen Mengen, sondern nach Schätzung zu, und bei unachtsamer Verwendung z. B. „um recht gut zu konserviren", kann es vorkommen, dass giftige Mengen des Konservirungsmittels zu dem Fleische zugesetzt werden. Ich kann mich in dieser Hinsicht auf das beziehen, was ich bereits in meinem „Handbuch der Fleischbeschau" angeführt habe. In polizeilich entnommenen Proben Hackfleisch sind nicht selten Mengen der schwefligsauren Salze von 0,5, 0,6, 1,4 und in einem Falle (Köln) sogar 2,24 % festgestellt worden. Kämmerer fand in einigen Fällen Hackfleisch dick mit Konservesalz bestreut, angeblich damit die Fliegen von dem Fleische abgehalten werden. Ferner können auch beim Zusatz gewöhnlicher Mengen in Folge mangelhafter Durchmischung schädliche Mengen in einzelnen Theilen zugegen sein. Sodann ist von grosser Bedeutung, dass die schwefligsauren Salze Fäulnissprozesse nicht thatsächlich verhindern, sondern nur verdecken (Beobachtung von Möbius). Weiterhin kommt noch in Betracht, dass der fragliche Zusatz geeignet ist, den Käufer auch in anderer Hinsicht über die wahre Beschaffenheit des Fleisches zu täuschen. Denn derselbe giebt minderwerthigem Fleisch ein besseres Aussehen, ermöglicht eine betrügerische Beimengung von Wasser und den Verkauf alten Hackefleisches als angeblich frisches. Endlich sind die schwefligsauren Salze kein normaler, den Käufern bekannter und von ihnen vorausgesetzter Bestandtheil des Hackfleisches, sodass die Verschweigung des Zusatzes gleichfalls eine Täuschung involvirt. Hiernach dürfte dem Gutachten Liebreichs über die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservirungsmittel für Hackfleisch nicht beizutreten sein. Im Uebrigen ist aber der Streit über die ganze Frage jetzt ein müssiger, da der Bundesrath, gestützt auf die Gutachten der wissenschaftlichen Centralbehörden, wohl in kürzester Zeit beim Erlass der Ausführungsbestimmungen zum Reichsfleischbeschaugesetz eine allgemein verbindliche Entscheidung darüber treffen wird, ob die schwefligsauren Salze und die übrigen chemischen Konservirungsmittel, wie Bor, Formaldehyd, Salizylsäure in Zukunft noch verwendet werden dürfen oder nicht.

Der Eisenbahnunfall bei Paderborn

im Lichte der Verkehrshygiene.

Von

Dr. **Braehmer**, Geh. Sanitätsrath.

Rechte legen Pflichten auf. Die Berechtigung der Verkehrshygiene, von heute an in der Sachverständigen-Zeitung einen ihrer Bedeutung entsprechenden Raum einzunehmen, stellt an uns die Forderung, den Eisenbahnunfall, der noch vor Schluss des alten Jahres bei Paderborn sich ereignete, kurz zu beleuchten — nicht nur wegen der besonders tragischen Umstände und der vielen Todesfälle, sondern auch wegen der grossen Anzahl von Vorschlägen zur Verhinderung der Eisenbahnunfälle, welche auch jetzt mit grossem Eifer, aber nicht immer mit entsprechender Sachkenntniss gemacht worden sind.

Der drei Tage nach dem Unfall erschienene amtliche Bericht lautet:

„D-Zug 31, der fahrplanmässig Paderborn 11^{45} Vorm. verlässt, fuhr am 20. d. Mts. mit drei Minuten Verspätung durch die zwischen Paderborn und Altenbeken liegende Blockstation Keimberg, deren Wärter vorschriftsmässig das Blocksignal hinter dem durchgefahrenen Zug auf Halt brachte und in dieser Stellung blockte. D-Zug 31 überfuhr etwa in der Mitte zwischen der Blockstation Keimberg und der folgenden Blockstation Schierenberg, die als letzte Blockstation vor dem Bahnhof Altenbeken liegt, ein Pferd, das herrenlos auf der Strecke umherlief, und erlitt dadurch, dass der unter die Räder der Lokomotive gerathene Pferdekadaver vor der Weiterfahrt entfernt werden musste, 15 Minuten Aufenthalt.

Der Blockwärter in Keimberg, dem die Rückmeldung für den bei ihm durchgefahrenen D-Zug zu lange ausblieb und der glaubte, dass der Blockwärter in Schierenberg die Bedienung des Blockwerks vergessen hätte, erinnerte diesen an die Blockbedienung durch Wecker und Morseschreiber. Der Blockwärter in Schierenberg beachtete die für Sicherung der Züge bestehende einfache und klare Vorschrift, wonach die Entblockung des vorher liegenden Blocksignals erst nach Vorbeifahrt des Zuges erfolgen darf, nicht, er ging vielmehr unbegreiflicher Weise ohne Weiteres auf die Aufforderung ein, stellte das für den vorschriftsmässig abgeläuteten und vorgemeldeten D-Zug bereits gezogene Blocksignal auf Halt und bediente den Block. Hierdurch wurde das Blocksignal in Keimberg entblockt und dadurch der dortige Wärter in die Lage versetzt, das nunmehr stellbar gewordene Signal für den nachfolgenden Personenzug 399 zu ziehen.

Da auch der Zugführer des D-Zuges entgegen seiner Dienstanweisung versäumt hatte, den haltenden Zug von hinten zu decken, so fuhr der mit zwei Lokomotiven bespannte Personenzug bei dichtem Nebel, der nur auf etwa 50 m die Aussicht zuliess, auf die Druckmaschine des D-Zuges, die wegen der zwischen Paderborn und Altenbeken befindlichen starken Bahnsteigung nothwendig ist.

Getödtet wurden 12 Reisende, schwerverletzt 9, die, soweit sie schnell genug aus den Trümmern geholt werden konnten, nach etwa ½ Stunde von einem aus Altenbeken herbeigerufenen Arzt und nach 1½ bis 2 Stunden von zwei Aerzten aus Paderborn unter Hilfeleistung dortiger Sanitätsmannschaft an Ort und Stelle verbunden wurden. Alsdann sind sie nach Paderborn in Krankenhäuser gebracht."

Dieser objektive Bericht ist belastend für den Zugführer oder eigentlich das ganze Personal des D-Zuges, belastend vor Allem für den Blockwärter in Schierenberg.

Aus dem Bericht geht überzeugend hervor, dass keine Mängel der Betriebsmittel und der Betriebsordnung, dass keine force majeure die Ursache des Unfalls bilden; man müsste denn für eine solche das herrenlose Pferd, welches auf der Strecke sich umhertrieb und den Zug zum Halten veranlasste, halten.

Nein! Deutlich zeigt der Bericht als Ursache des Unfalls die Fehler von Menschen, von Beamten, die vielleicht schon Jahre lang die schwere Verantwortung im Eisenbahndienst getragen haben, und die dieser Verantwortung plötzlich nicht gewachsen waren. Man vertiefe sich in die Statistik und wird sich überzeugen, dass die Mehrzahl der Eisenbahnunfälle durch menschliche Fehler hervorgerufen werden.

Mögen die Fortschritte der Technik noch so sehr den Einzelnen von seiner Verantwortung entlasten oder dieselbe z. B. zwischen Stationsvorsteher und Signal- bezw. Weichensteller theilen, d. h. die Funktion des Einen von der des Anderen abhängig machen — den grössten Theil der Verantwortung wird immer noch der Einzelne zu tragen haben. Diese Verantwortung gipfelt in der Pflicht, mit offenen Augen und voller Aufmerksamkeit die Vorschriften der Betriebsordnung zu befolgen und, soweit diese nicht ausreichen, nach eigenem Ermessen jeder Gefahr des Betriebes entgegenzutreten. Zugegeben muss werden, dass die Betriebsordnungen, soweit sie die Sicherheit im Auge haben, nicht in allen Ländern ausreichend sind. Sie sind vielfach verbesserungsfähig, und jede gute Verwaltung wird aus Unfällen ihre Lehren ziehen.

Zwischen zwei Blockstationen fährt ein Schnellzug. Die durchlaufene Station darf für nachfolgende Züge nicht eher freigegeben werden, bis der Schnellzug auch die folgende durchfahren hat. Dass dies Letztere geschehen, meldet der Blockwärter, worauf die Entblockung der ersten Station erfolgen musste — er meldete es aber fälschlich, und dem nachfolgenden Personenzug wurde die Bahn frei gemacht.

Damit wurde der durch ein unvorhergesehenes Ereigniss zum Stillstand gebrachte D.-Zug der fast unausbleiblichen Gefahr ausgesetzt. Aber auch jetzt noch konnte die Gefahr abgewandt werden, wenn nicht das Personal des D.-Zuges im Vertrauen auf die bei richtiger Handhabung der Betriebsordnung sicher

zu erwartende Blockirung ihres haltenden Zuges es unterlassen hätte, die Sicherung nach hinten zu kontroliren, entsprechend der Dienstanweisung. Dasselbe war zu um so grösserer Aufmerksamkeit verpflichtet, als Nebel und eine Kurve den freien Rückblick beschränkten. Erfordert die Wegräumung eines Hindernisses, deren Dauer sich zeitlich nie genau bestimmen lässt, das Halten eines Zuges, so liegt unter allen Umständen dem Personal die Pflicht ob, den Zug nach hinten zu sichern. Die Versuche, fahrende Züge oder einen auf der Strecke haltenden Zug, mit einer Blockstation durch elektrische Energie in Verbindung zu setzen, haben leider bisher noch zu keinem vollen Erfolge geführt. Man sichert sich jetzt durch Rückwärtssenden eines Boten bis an einen nachfolgenden Zug oder bis zur nächsten Station, durch Warnungssignale, Knallpatronen u. s. w. Wem liegt nun die Sorge hierfür ob? Nach der Dienstanweisung dem Zugführer, mehr oder weniger aber auch dem übrigen Personal. Ist das letztere auch meistens vollständig durch die Beiseiteschaffung des Hindernisses in Anspruch genommen, so muss doch unter allen Umständen gleichzeitig die Rückwärtsdeckung des Zuges erfolgen, oder sogar den anderen Sorgen vorangehen. Wenn der Zugführer durch die der Eile bedürftigen Räumungsarbeiten festgehalten wird, so hat er diese Sorge einem anderen Beamten zu übertragen.

Hier wäre eine Lücke auszufüllen! Unter dem Begleitungspersonal eines jeden Zuges müsste sich immer ein Beamter befinden, der für diese Fürsorge besonders geeignet und instruirt wäre — eine Art Sicherheitsbeamter.

Derselbe Beamte würde sich auch besonders werthvoll erweisen bei der Bergung von Todten und Verletzten, welche sich bei vielen Unfällen, so auch bei Paderborn, langsamer vollzieht, als es trotz der entgegen stehenden Hindernisse nothwendig ist. Den jährlich in der ersten Hilfe bei Unfällen unterwiesenen Betriebsbeamten wird immer von Neuem eingeschärft, dass allen Sorgen um die Verletzten vorangehen muss die Herbeischaffung ärztlicher Hilfe, sowie der nöthigen Rettungs- und Transportmittel. Der rang- bezw. dienstälteste Beamte soll die geeigneten Boten abordnen. Leider wird durch die bei Eisenbahnunfällen erklärliche Erregtheit und Kopflosigkeit die Ausführung dieses Gebotes und die so ersehnte Hilfe oft verzögert. Diese so sehr zu bedauernde Verzögerung hat auch nach dem letzten Unglück wieder die fast unglaubliche Forderung gezeitigt, dass jedem Zuge ein Arzt beigegeben werden solle analog dem Institut der Schiffsärzte. Diese werden aber nur angestellt für Schiffe, die mit einer grossen Anzahl von Bemannung und Passagieren viele Tage, ja Wochen lang von jedem Verkehr abgeschnitten sind. Auf den Schienenwegen bevölkerter Länder würde die ständige Begleitung eines Arztes eine Verschwendung ärztlicher Kraft sein; ja es würden oft Monate, selbst Jahre vergehen, bis der einen bestimmten Zug begleitende Arzt zur Ausübung irgend einer ärztlichen Thätigkeit gelangte, ebenso wie die Rettungskästen der Eisenbahnen oft glücklicherweise Jahre lang unbenutzt bleiben. Gut vorbereitete, gesicherte Verbindung mit Bahnärzten, Krankenhäusern, andern Aerzten wird hier in den meisten Fällen ausreichen. Im Krieg und Frieden wird es ja stets aussergewöhnliche Fälle geben, in denen ein Mangel an ärztlicher Hilfe und anderen Rettungsmitteln überhaupt nicht zu beseitigen ist.

Dagegen könnte gerade hier ein besonders unterrichteter und beauftragter Zugbeamter sehr viel Gutes leisten. Ihm würde ausser den oben erwähnten Sicherheitsmassregeln die schleunige Herbeirufung der nöthigen Hilfe, die Beschaffung der in allen Zügen befindlichen Rettungskästen u. s. w. obliegen; Leute, in der Armee als Lazarethgehilfen gedient, finden sich vielfach unter den Eisenbahnbetriebsbeamten und wären besonders geeignet dazu.

Ich kann heut nicht eingehen auf die angebliche Erschwerung der Rettung von Personen durch die Interkommunikations-Wagen. Dem Wunsche, ausser den Thüren am Kopf- und Fussende noch Seitenausgänge zur Verfügung zu haben, tragen die preussischen Staatsbahnen schon jetzt Rechnung, durch die zum Passiren eines Menschen bequem grossen Fenster in den neuen Wagen, deren Sperrung durch eine Messingstange leicht zu beseitigen ist. Die vielen Vorschläge, betreffend Anordnung der Wagen, Signalwesen werden erprobt, soweit ein gesunder Kern in ihnen steckt, und in diesem Falle auch hier besprochen werden.

Dagegen dürfte sich schon jetzt bei Anordnung des Wagenparkes eine Aenderung als nothwendig aus dem letzten Unfall herleiten lassen. Nicht selten fährt bei Unfällen wie hier ein Zug in das hintere Ende des anderen Zuges hinein. Wäre der letzte Wagen des bei Paderborn verunglücken D-Zuges ein leerer Schutz- oder ein Packwagen gewesen, so hätten wir nicht die vielen Opfer zu beklagen. Die Belastung des Wagenparkes durch leere Schutzwagen vermindert die von der reisenden Welt verlangte Schnelligkeit, erhöht aber die Sicherheit.

Ich hoffe, schon durch meine kurzen Ausführungen bewiesen zu haben, dass Leben und Gesundheit der Eisenbahnreisenden nicht minder durch die Fehler des Personals, als durch Mängel des Betriebes und der Betriebsmittel gefährdet werden kann, wie wir es an dem Paderborner Unfall gesehen. Es giebt kaum eine Berufsklasse, in deren Hand das Wohl und Wehe so vieler Menschen liegen kann, wie das Betriebspersonal der Eisenbahnen. Wie der kleinste Fehler an einer wohleingerichteten Maschine die empfindlichste Störung verursachen kann, so kann auch ein Fehler eines Eisenbahnbeamten die schwersten Folgen herbeiführen, auch wenn alle übrigen ihre Pflicht thun. Zur Tragung dieser grossen Verantwortung muss von den Betriebsbeamten der Eisenbahnen eine solche Spannkraft, Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit verlangt werden, wie sie nur eine vollkommene Gesundheit des Geistes und Körpers verbürgen kann. Ein solche zu erstreben und zu erhalten ist das erste Gebot der Verkehrshygiene. Ein näheres Eingehen auf diese Frage ist heute unmöglich; sie wird uns ja noch oft genug an dieser Stelle beschäftigen. Ihre Erörterung wird sich im Allgemeinen auf drei Punkte zu erstrecken haben, die ein der Verantwortung gewachsenes Eisenbahnpersonal verbürgen:

1. Anstellung von kerngesunden, durch ein geschultes bahnärztliches Personal untersuchten Betriebsbeamten;
2. fortlaufende ärztliche Beobachtung der Betriebsbeamten und Durchführung aller Massnahmen zur Gesunderhaltung und Erhöhung der Widerstandskraft derselben;
3. rechtzeitige Pensionirung, sobald der Beamte nicht mehr im Stande ist, die Verantwortung für seinen Dienstzweig zu tragen.

Je mehr es den Verwaltungen gelingt, diese Punkte durchzuführen, um so geringer wird die Zahl der Eisenbahnunfälle sein, wobei wir ausdrücklich betonen, dass wir bei dem Paderborner Unfall die persönlichen Verhältnisse zu wenig kennen, um beurtheilen zu können, ob und wie weit die schwere Schuld der Beamten auf Mängel an Frische und Spannkraft zurückzuführen ist.

Da jedoch das Paderborner Ereigniss ein weiterer Beweis dafür ist, dass die meisten Eisenbahnunfälle durch Fehler des Personals verursacht werden, da ferner die von dem Personal zu tragende Verantwortung nur durch ein körperlich und geistig gesundes Personal verbürgt werden kann, so ist es die Pflicht der Hygiene, das Uebel an der Wurzel anzufassen. Nur auf diesem Wege können wir die Zahl der die Welt erschütternden Eisenbahnunfälle vermindern oder doch gelinder gestalten.

Referate.

Allgemeines.

Die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Suggestion.

Von Dr. von Schrenck-Notzing.

(Archiv f. Kriminal-Anthropologie u. Kriminalistik, 5. Bd., 1. Heft.)

In einem sehr lesenswerthen Vortrag, den Sch.-N. gelegentlich des 2. internationalen Kongresses für experimentellen und therapeutischen Hypnotismus in Paris gehalten hat, kommt er sowohl nach den neueren Erfahrungen des Rechtslebens wie nach theoretischen Erwägungen zu dem Ergebniss, dass das hypnotische und posthypnotische Verbrechen einen seltenen Ausnahmefall von untergeordneter Bedeutung darstellen, dass dagegen die Suggestion im wachen Zustande eine verhältnissmässig grössere Tragweite für das Rechtsleben habe. Er fasst zum Schluss seine Ausführungen ungefähr in folgende Sätze zusammen:

I. Das Verbrechen an hypnotisirten Personen und dasjenige mit Hilfe hypnotisirter Personen (Posthypnose) ist fast ausschliesslich beschränkt

a) auf sexuelle Delikte,

b) auf fahrlässigen Missbrauch hypnotisirter Personen (öffentliche Schaustellungen etc.).

II. Die Suggestion im wachen Zustande hat eine bisher nicht in dem nöthigen Umfange zugestandene gerichtlich-medizinische Bedeutung, weil sie im Stande ist, auch geistig normale Personen zu falschen, bona fide beschworenen Zeugenaussagen zu veranlassen (Einfluss der Presse, psychische Epidemieen), und weil sie dem suggestiven Einfluss besonders zugängliche Personen zur Begehung verbrecherischer Handlungen hinreissen kann.

III. Im Allgemeinen sind kriminelle Eingebungen für normale Individualitäten mit wohl entwickelter, moralischer Widerstandsfähigkeit ungefährlich; dagegen verfallen ihr leicht: kindliche, psychopathisch minderwerthige, hysterische, psychisch schwache, ethisch defekte Individualitäten, bei denen die Möglichkeit des Widerstandes durch eine schwache Ausbildung der moralischen Gegenvorstellungen herabgemindert ist.

Samuel.

Chirurgie.

Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung.

Von Dr. W. Stempel.

Dir. Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem in Breslau.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. 60, Heft 3 und 4.)

Auf Grund von 58, von der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien gemachten Beobachtungen, deren Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt werden, entwirft Verf. von dem Wesen, den Erscheinungen, der Behandlung der Krankheit und deren Beurtheilung im Sinne der Gesetzgebung folgendes Bild.

Das Malum coxae senile ist eine Berufskrankheit par excellence. Der landwirthschaftliche Beruf scheint am meisten zu derselben prädisponirt zu sein; nicht weniger als 53 Kranke gehörten diesem Berufszweige an. Dieser Umstand findet seine Erklärung darin, dass gerade hier eine Reihe schädlicher Momente vorhanden ist, welche den Grund zur späteren Krankheit legen. Schon Kinder von 5 bis 6 Jahren werden bei einer Arbeit beschäftigt, welche, wie das Kartoffelnausklauben, Rübenauslesen, Lastentragen, für ihre Körperkräfte viel zu schwer ist. Diese körperlichen Anstrengungen steigen von Jahr zu Jahr. Die Arbeit beginnt in frühester Morgenstunde und wird bei Wind und Wetter, bei Schneegestöber und glühendster Sonnenhitze fortgesetzt. Dazu kommt die unzureichende, meist aus Pflanzen bestehende Nahrung und die allen hygienischen Grundsätzen spottende Unterkunft in dumpfen, feuchten Wohn- und kaum vom Tageslicht erhellten Schlafräumen. Ueberlegen wir ferner, dass die schweren Arbeiten fast ausschliesslich im Gehen und Stehen, vielfach in gebückter Stellung vorgenommen werden, so ist es einleuchtend, dass allmählich eine Schädigung der besonders stark belasteten Hüftgelenke eintreten muss, besonders zu einer Zeit, wo sich bei zunehmendem Alter die regressiven Veränderungen des Knorpels einstellen. — Auch die im ländlichen Gewerbe ausserordentlich häufigen Verletzungen, welche entweder das Hüftgelenk unmittelbar treffen oder von anderen Körperstellen auf dasselbe fortgeleitet werden, sind von Einfluss auf die Entstehung des Leidens. Die Krankheit beginnt in der Regel am Ende des vierten oder im Verlaufe des fünften und sechsten Dezenniums und vertheilt sich auf das männliche und weibliche Geschlecht im ungefähren Verhältniss von 57 zu 43.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen zeigen sich in dem den Schenkelkopf überziehenden und die Pfanne auskleidenden Knorpel am frühesten an den Stellen, welche dem stärksten Druck ausgesetzt sind. Sie bestehen in Ausfaserung, Zerklüftung und allmählicher Destruktion des Knorpelgewebes, zu welcher Wucherung und Verdickung des Knochens und der Gelenkkapsel mit nachfolgender Schrumpfung hinzutreten.

Die Krankheit beginnt mit mehr oder weniger heftigen, anfänglich zeitweise, später anhaltend auftretenden, ziehenden oder bohrenden Schmerzen, welche abweichend von den bei Arthritis deformans vorkommenden, beim Gehen nicht nachlassen, sondern sich verschlimmern. Der Sitz der Schmerzen ist sehr verschieden; meistens werden sie in die Kreuz- oder Hüftgegend verlegt; zuweilen sind sie nur im Kniegelenk oder Unterschenkel vorhanden.

In den meisten Fällen findet sich zur Zeit des ersten Auftretens der Schmerzen schon eine Verwölbung der das Gelenk umgebenden Weichtheile, welche in Folge der Verdickungen der Kapsel, der Knochen und der Bänder entstanden ist. Es lassen sich zu dieser Zeit auch schon mehr oder weniger feste Auftreibungen an den Gelenkenden nachweisen, die sich auf den grossen Rollhügel erstrecken können und auf Druck sehr empfindlich zu sein pflegen.

Im weiteren Fortschreiten des Leidens tritt ein Höhersteigen des grossen Rollhügels auf, welches dadurch zu Stande kommt, dass sich der Schenkelkopf und die Hüftpfanne immer mehr abschleifen. Es resultirt hieraus eine bis zu 4 cm betragende reelle Verkürzung des Beines.

Die gleichzeitig auftretenden Funktionsstörungen im Gelenk bestehen anfänglich in Rotationsbehinderungen; sie dehnen sich jedoch bald auf die Beugung, Ab- und Adduktion, und endlich auch auf die Streckung aus. Knackende oder knirschende Geräusche lassen sich nur im Anfange der Krankheit hervorrufen und verschwinden mit ihrem weiteren Fortschreiten. Nimmt die Versteifung zu, so bildet sich gewöhnlich eine Kontrakturstellung im Gelenk nebst Beckensenkung und entsprechender Lendenlordose aus.

Das erkrankte Bein wird im Beginne des Leidens nur wenig geschont, doch stellt sich später in den meisten Fällen ein mehr oder weniger starkes Hinken ein; bei doppelseitiger Ankylose wird die Vorwärtsbewegung mitunter fast unmöglich. Auch das Sitzen, das An- und Auskleiden, vor Allem das An- und Ausziehen der Strümpfe und Stiefel ist erschwert oder unausführbar.

Die Muskulatur der erkrankten Extremität wird frühzeitig atrophisch; besonders die Glutaei und die Streckmuskeln des Oberschenkels nehmen an dieser Atrophie theil.

Die übrigen Gelenke des Körpers sind selten befallen

zuweilen finden sich in ihnen Altersveränderungen. Das Malum senile ist deshalb als eine Krankheit sui generis aufzufassen, welche in ihren prägnanten Erscheinungen auf das Hüftgelenk beschränkt bleibt.

Die Krankheitserscheinungen hiernach sind ziemlich konstant und durchaus typisch; trotzdem macht die Diagnose oft grosse Schwierigkeiten. Einer Verwechselung mit Ischias kann man leicht aus dem Wege gehen. Fordert man die Kranken auf, beide Beine zu abduziren, so wird dieses bei der Ischias gleichmässig ausgeführt, bei dem Malum senile bleibt das erkrankte Bein erheblich zurück.

Schwieriger ist, besonders in den Anfangsstadien, die Unterscheidung von der Arthritis deformans. Der letzterer Krankheit eigenthümliche Nachlass der Schmerzen nach längerem Gebrauch des Gliedes könnte als Fingerzeig für die Diagnose dienen. Im späteren Verlauf wird die Erkennung leichter. Auf der einen Seite sehen wir erhebliche Bewegungsbehinderungen, geringes Reiben bei Bewegungen, das mit dem Fortschreiten der Erkrankung schwindet und eine Beschränkung des Krankheitsbildes auf das Hüftgelenk. Bei der Arthritis deformans dagegen finden wir oft sehr ausgiebige und schmerzfreie Bewegungen, ein laut knackendes oder knirschendes Geräusch im Gelenk, welches im Verlaufe der Krankheit immer intensiver wird. Auch andere Gelenke des Körpers werden befallen.

Eine Verwechselung des Leidens mit Muskelrheumatismus kann nur bei oberflächlichster Untersuchung vorkommen. Sehr oft wird die Krankheit als chronischer Gelenkrheumatismus diagnostizirt, doch muss diese Bezeichnung für diejenigen Krankheiten reservirt bleiben, welche aus dem akuten Rheumatismus hervorgegangen, also rein bakteriellen Ursprungs sind.

Die Prognose des Malum senile ist quoad vitam durchaus gut, quoad restitutionem dagegen absolut infaust.

Die Therapie ist fast machtlos. Sie kann in prophylaktischer Hinsicht die Ueberanstrengung des Gelenkes, das Tragen schwerer Lasten, langes Gehen und Stehen und langdauernden Aufenthalt im Freien bei schlechter Witterung verbieten. Nach Ausbruch des Leidens sind warme Bäder, Dampfbäder und heisse Packungen oft von Nutzen. Im Uebrigen muss dafür gesorgt werden, dass bei der Ankylosirung des Gelenks die Stellung der Extremität möglichst gut wird; event. ist dieselbe durch subtrochantere Osteotomie zu korrigiren.

Bei der Beurtheilung der Krankheit im Sinne der sozialen Gesetzgebung sehen wir uns, was die Invaliditätsversicherung anbelangt, vor die Frage gestellt, in welchem Stadium die Befallenen nicht mehr im Stande sind, eine vom Gesetz vorgeschriebene Mindestsumme zu verdienen. Schon die im Beginn des Leidens auftretenden heftigen Schmerzen setzen die Arbeitsfähigkeit wesentlich herab und stören die Nachtruhe in einer Weise, dass die Wiedererlangung der durch die Arbeit verbrauchten Kräfte ausserordentlich erschwert ist. Dazu kommt die Steigerung der Schmerzen bei Bewegungen, Gehen, Stehen und Bücken und ferner bei der schnell eintretenden Versteifung des Hüftgelenkes die Unmöglichkeit, längere Zeit in sitzender Stellung beschwerdefrei zu verharren. Es darf auch nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass durch die Arbeit eine Verschlimmerung des Leidens zu befürchten ist. Wir werden also in allen Fällen, wo Schmerzen in der Ruhe und in der Bewegung vorhanden und deutliche Funktionsstörungen des Gelenks nebst Muskelatrophie nachweisbar sind, auf völlige Erwerbsunfähigkeit erkennen müssen.

Der Uebernahme eines Heilverfahrens auf die Versicherungsanstalten kann nicht entsprochen werden, da eine Besserung, welche zu einer mindestens einige Jahre anhaltenden Arbeitsfähigkeit führen würde, nicht zu erwarten ist.

Bei der Abfassung der den Berufsgenossenschaften zu erstattenden Gutachten werden wir uns daran erinnern müssen, dass ein Unfall, mag derselbe auch noch so gering sein, die Entstehung des Leidens zu bedingen oder eine bereits bestehende Erkrankung bedeutend zu verschlimmern im Stande ist. Wir müssen annehmen, dass durch denselben entweder eine ausgedehnte Läsion des Knorpelüberzuges stattfindet, welche ähnlich wirkt, wie die an sich unbedeutenden, durch eine lange Reihe von Jahren stetig einwirkenden Berufsschädigungen. Zuweilen bedarf es einer stärkeren Läsion des Knorpels gar nicht; eine leichte Quetschung kann im Verein mit der im Alter ohnedies geringen Ernährung des Knorpels genügen, um Ernährungsstörungen hervorzurufen, aus denen sich die krankhaften Veränderungen herleiten. Ebenso können bei einem in Entwickelung begriffenen oder schon bestehendem Malum senile durch ein Trauma Zustände im Gelenk hervorgerufen werden, die den Verlauf des Leidens zu beschleunigen geeignet sind. Es darf deshalb in keinem Falle der Zusammenhang der Erkrankung mit einem sicher nachgewiesenen Unfall ausgeschlossen werden. Allerdings kann man fordern, dass sich das Leiden unmittelbar im Anschluss an denselben, wenn auch ganz allmählig entwickelt, dass also ein sog. freies Intervall zwischen Trauma und Ausbruch der Krankheit nicht besteht. Niehues-Berlin.

Zwei Fälle von Schusswunden der Schenkelgefässe im Hunter'schen Kanal.

Von Major S. Hirkson.

(The Brit. Med.-Journ., 14. Sept.)

Fall 1.

Beide hier mitgetheilte Fälle betreffen kriegsgefangene Buren, welche verwundet und im General-Hospital in Kimberley behandelt wurden. Der Erste stand im Alter von 40 Jahren und litt an den Folgen eines Gewehrschusses, den er einen Monat vor Aufnahme ins Hospital am linken Schenkel erhalten hatte. Die Kugel war 4 Zoll oberhalb der Kniescheibe nach aufwärts und rückwärts eingedrungen und etwa 3 Zoll unterhalb der Glutäalfalte wieder ausgetreten. Die Wunden waren verheilt. Ungefähr 10 Zoll unterhalb des Poupartschen Bandes in der Linie der Schenkelgefässe fühlte man eine runde pulsirende Geschwulst von $4^1/_2$ Zoll im Durchmesser. Die Pulsation war von einem scharfen Klingen begleitet, welches von dem Poupartschen Bande bis zur Kniegegend wahrnehmbar war, ausserdem war im ganzen Verlauf der Gefässe ein ununterbrochenes rauhes Geräusch zu hören. Am Bein fand sich kein Oedem. Der Verletzte war ausser Stande, ohne Hilfe eines dicken Stockes zu gehen, er klagte über Schwäche im Bein und über schiessende Schmerzen an der Innenseite des Beines. Innere Behandlung blieb natürlich ohne Erfolg. Die Operation wurde in folgender Weise gemacht; die Gefässe wurden im Hunterschen Kanal frei gelegt und hierbei festgestellt, dass zwischen Vene und Arterie eine Verbindung bestand. Die Vene war ausserordentlich vergrössert, pulsirte, doch bestand kein eigentlicher Sack. Arterie und Vene wurden oberhalb und unterhalb der Verbindungsstelle getrennt unterbunden und etwa 1 Zoll von jedem Gefäss entfernt. Die Wunde heilte ohne Störung und der Verletzte wurde gesund entlassen.

Fall 2.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 32 Jahre alten Mann, welcher am rechten Schenkel durch Gewehrschuss verletzt worden war. Die Eingangsöffnung war an der Vorderseite des Beins über dem Anfang des Hunter'schen Kanals, die Ausgangsöffnung an der Hinterseite ein klein wenig tiefer. Der Schenkel war stark angeschwollen und in der Gegend

der Verletzung fand sich eine gespannte pulsirende Geschwulst. Dieselbe war gross und schmerzhaft. Die Pulsation konnte durch Druck auf die Hauptgefässe in der Gegend des Poupartschen Bandes unterdrückt werden. Man hörte ein rauhes, systolisches Geräusch. Unterhalb der Kniegegend war kein Puls fühlbar. Es bestand kein Oedem. Da die Geschwulst wuchs, auch die Schmerzen, die nach unten ausstrahlten, zunahmen, schritt man zur Operation. In dem oberen Theil des Hunterschen Kanals wurde ein Einschnitt gemacht, man fand unter der Fascie zwischen den Muskeln massenhaft Blutgerinnsel; nach Freilegung der Hauptgefässe sah man in der Schenkelarterie ein feines Loch, während die Vene unverletzt war. Die Arterie wurde oberhalb und unterhalb der Wunde unterbunden und zwischen den Unterbindungen durchtrennt. Nach Reinigung der Wundhöhle wurde dieselbe geschlossen. Die Heilung verlief auch hier ungestört.

Franz Meyer-Berlin.

Innere Medizin.

Zwei Fälle von akuter haemorrhagischer Pancreatitis.

(The Lancet, 19. Oktober 1901.)

Im Vorliegenden sind zwei Fälle der ausserordentlich seltenen Erkrankung von akuter Pancreatitis beschrieben worden, der eine aus St. Georges Hospital Abtheilung von H. W. Alingham, der andere aus dem Scarborough Hospital unter G. W. Hunt. In beiden Fällen handelte es sich um männliche Patienten, welche plötzlich von heftigen Schmerzen im Leibe und Erbrechen befallen wurden. Schmerzen und Erbrechen hielten an. In beiden Fällen wurde die Laparotomie gemacht, in dem ersten, weil die Diagnose auf Darmverschluss gestellt worden war, in dem zweiten, weil man den Verdacht hatte, dass ein Geschwür in die Bauchhöhle durchgebrochen sei. Beide Patienten starben, der eine im Verlauf von 48 Stunden, der andere im Verlauf von 20 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Der plötzliche akute Anfall von Schmerz im Leibe, welcher von Erbrechen begleitet wird, ohne deutliche Ursache, in der Regel bei einem Manne, welcher bis dahin sich wohl befunden hatte, allenfalls einen ähnlichen Anfall von leichterem Charakter früher zu überstehen hatte, bildet das typische Kennzeichen der akuten Pancreatitis. Bei unserer heutigen Kenntniss ist es schwer möglich, mit Sicherheit die Diagnose zu stellen.

Was die Aetiologie betrifft, so stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Die Einen sehen die Ursache in dem Eindringen von Galle in das Pancreas in Folge von Verlegung des gemeinsamen Ausführungsganges in den Zwölffingerdarm. Diese Ansicht wurde hauptsächlich durch Halsted vertreten, welcher zum Beweise Experimente bei Hunden ausführte. Auch die Versuche von Opie sind hier zu erwähnen, welcher ebenfalls mit Hunden Versuche anstellte. In fünf Fällen wurde der Zwölffingerdarm eröffnet, in den Ausführungsgang Galle von $2^1/_2$ bis 5 ccm eingespritzt, in zwei anderen Fällen wurde der Versuch in derselben Weise angestellt und dann der Ausführungsgang unterbunden. In allen Fällen zeigte die Sektion haemorrhagische Pancreatitis und Fettnekrose.

Die Ansicht der Anderen ist die, dass die Entzündung des Pancreas durch das Eindringen von Mikroorganismen in dasselbe vom Zwölffingerdarm her erfolge. In mehreren Fällen konnte dies besonders durch den Befund von Bacterium coli comune, welcher massenhaft in den erkrankten Geweben nachweisbar war, bestätigt werden. In den beiden hier erwähnten Fällen konnte die Diagnose erst bei der Sektion gestellt werden, die Ursache ist in beiden Fällen nicht völlig aufgeklärt worden, in einem Fall konnte Bakterium coli aus den am stärksten veränderten grau verfärbten Theilen das Pancreas gezüchtet werden.

Franz Meyer-Berlin.

Psychiatrie und Neurologie.

Die Privatirrenanstalten und die private Irrenpflege.

Von Prof. Dr. Moriz Benedikt-Wien.

(Wiener klinische Wochenschrift No. 44, 1901.)

Verf. will das Irrenwesen nach englischem Muster von der Verwaltungsbehörde möglichst unabhängig wissen; es soll geleitet werden durch gemischte Gerichtssenate, die aus Richtern und ärztlichen Irrenräthen in gleicher Zahl bestehen, mit einem Richter als Präsidenten an der Spitze. Auch die Bewilligung zur Einrichtung einer Irrenanstalt soll von einem solchen Senate ausgehen. Was die einzelnen Vorschläge betrifft, die Verf. in Bezug auf die Aufnahmebedingungen, die Entlassung Geheilter, oder auch Ungeheilter und Gebesserter gegen Revers, den freiwilligen Eintritt von Geisteskranken in eine Privat-Irrenanstalt, die Kontrolmassregeln und andere Fragen betrifft, so muss auf das Original verwiesen werden, das sich zu einem kürzeren Referat nicht gut eignet. —y.

Ein Fall von Spätapoplexie nach Trauma.

Von Dr. Otto Bruns-Heidelberg, z. Z. Assistenzarzt der Universitäts-Augenklinik.

(Deutsche med. Wochenschr. 1901. 37.)

Ein 41jähriger Schlosser, angeblich kein Trinker und bisher gesund, wird von einem Maschinentheil an den Kopf gestossen. Ohne die Besinnung zu verlieren, arbeitet er ruhig weiter, klagt aber in den nächsten vier Tagen viel über Kopfschmerzen und ist stiller als sonst. Plötzlich tritt nach einem starken Niesen Erbrechen, dann Bewusstlosigkeit ein. Während er bewusstlos liegt, sind seine Pupillen äusserst eng und es besteht Fieber, auch eine Andeutung von Rückensteifigkeit, aber keine Nackenstarre. Noch am selben Tage tritt der Tod ein.

Bei der Sektion findet sich eine Zertrümmerung des Streifenhügels und theilweise auch des Sehhügels durch einen in den rechten Seitenventrikel durchgebrochenen Bluterguss. In mitten des Herdes liegt eine an dieser Stelle spindelförmig erweiterte, von einem zarten Riss durchsetzte, kleine Arterie. Die Aederchen in der Umgebung zeigen alle normales Verhalten.

Der eigenartige Fall ist geeignet, das Verständniss für die traumatischen Spätapoplexieen im Allgemeinen zu fördern. Ganz so selten, wie der Verfasser meint, dürften diese Vorkommnisse übrigens nicht sein; dem Unfall-Gutachter kommen ähnliche Fälle wohl manchmal vor, aber da die Sektion allermeist versäumt wird, ist er in der Regel auf eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose angewiesen, und die Fälle eignen sich dann nicht zur Veröffentlichung.

Ein Fall von Spätmeningitis nach Schädelverletzung.

Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik München (Dir. H. v. Ranke).

Von Dr. Kokko Fujisawa-Tokio.

(Münch. medizin. Wochenschrift 1901. No. 45.)

Ein neunjähriges Kind erlitt durch Sturz aus dem zweiten Stockwerk einen komplizirten Schädelbruch. An der linken Stirnseite kam dabei eine Depression zu Stande, Theile von Gehirnsubstanz sollen sich aus der Wunde entleert haben, auch stiess sich ein Knochensplitter aus. Nach einer Bewusstlosigkeit von zweiwöchiger Dauer kam innerhalb von zwei Monaten Heilung zu Stande, und das Befinden des Kindes zeigte keine Folgen der Verletzung. Ein Jahr später ging es an einer akuten eitrigen Hirnhautentzündung zu Grunde. Die Sektion ergab basilare Meningitis mit ausgesprochen akutem Charakter.

An der Basis des linken Stirnlappens fand sich ein alter Erweichungsherd von 2 cm Länge, eine stark verschmälerte Hirnwindung einnehmend, von der Umgebung durch Pigment-

ablagerung deutlich abgegrenzt, in der Nähe desselben in der Marksubstanz ein sehr kleines Knochenstückchen, die Spuren der vor einem Jahr erlittenen Verletzung. In der pars frontalis des Stirnbeins linkerseits wird ein kleiner Spalt (Fissur) bemerkbar, welcher sich bis in die lamina cribrosa des Siebbeins zieht und als Eingangspforte für die Erreger der tödtlich verlaufenen Meningitis angesehen werden muss, die von der Nase aus ihren Weg an die Gehirnhäute gefunden haben. Die Verletzung im Stirnbein war völlig geheilt.

Miliartuberkulose der Lunge und des Zwerchfells stand in keiner Beziehung zu der Erkrankung der Meningen.

Seelhorst.

Vergiftungen.

Ein Fall von Tabakvergiftung bei einem Kinde.

Von John Hawkes.

(The Lancet 26. Okt. 1901.)

Die Tabakvergiftung, welche bei Erwachsenen nicht selten ist, ist bei einem Kinde ganz ungewöhnlich. Ein zwei Jahre altes Kind hatte aus einer Flasche, in welcher eine Abkochung von Tabak enthalten war, eine grössere Menge von dem Inhalt geschluckt. Die Flüssigkeit wurde vom Vater des Kindes in der Gärtnerei benutzt. Das Kind war kräftig und in gutem Ernährungszustand. Bei der ärztlichen Untersuchung war das Gesicht geröthet, der Körper sehr warm, die Pupillen waren stark erweitert, das Kind war bewusstlos, der Puls war schwach und klein, die Glieder schlaff. Nach Verabreichung eines Brechmittels wurde eine grössere Menge Flüssigkeit durch Erbrechen entleert. Trotzdem bleibt die Bewusstlosigkeit noch eine Zeit lang bestehen. Nach einer Stunde zeigten die Pupillen wieder ihre normale Grösse, die Hitze des Körpers, die Röthe des Gesichts gingen zurück, bald erkannte das Kind die Mutter wieder und nun erholte es sich schnell, so dass es nach 24 Stunden wieder vollkommen hergestellt war.

Bekanntermassen wirkt das Gift des Tabaks in erster Linie auf das Herz, führt zu Krämpfen, unter Anderm auch zu Unbeweglichkeit der Pupillen. Demnach gehört die hier beschriebene Vergiftung zu den nicht ganz leichten Fällen dieser Art.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber einen Fall von Vergiftung mit Essigsäure.

Von Dr. Wygodschikow.

(Wratsch 1901, No. 39.)

Der 13jährige Knabe wurde wegen blutigen Erbrechens in das Krankenhaus eingeliefert. Durch Befragen wurde festgestellt, dass der Knabe am Morgen Schmerzen in der Magengrube verspürte und dann zu erbrechen begann, zunächst Schleim, dann Blut. Status praesens: Lippen und Mund mit Blut bedeckt, Bauch schmerzhaft, mässig gebläht, ikterische Färbung der Skleren. Herztöne nicht wahrnehmbar, desgleichen kein Puls. Erst am nächsten Tage konnte festgestellt werden, dass der Knabe aus Versehen $1/3$ Glas Essigessenz getrunken hat. Harn blutig, — tägliche Harnquantität 100 ccm, spezifisches Gewicht des Harns 1028. Im Niederschlag zahlreiche rote Blutkörperchen und körnige Cylinder. Erbrochene Massen geruchlos, enthalten Schleim, rote Blutkörperchen und spärliche lymphoide Körper. Temperatur 38. Der Knabe verblieb im Krankenhause 2 Monate. 17 Tage bestand Fieber, remittirender Typus. Erbrechen und Speichelfluss hielten 25 Tage an. Das Schlucken war die ganze Zeit frei.

Der vorstehende Fall ist besonders dadurch interessant, dass die Speiseröhre am wenigsten gelitten hat. Erscheinungen von Stenose des Pylorus bezw. der Kardia waren während des Aufenthalts des Knaben im Krankenhaus nicht aufgetreten.

Lb.

Augen.

Der Heilwerth der Brille.

Von Dr. Hugo Feilchenfeld.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. Herausgegeben von Vossius.

(IV. Band, Heft 4 und 5.)

Die Brille übt nicht nur eine palliative Wirkung aus, indem sie das Sehen verbessert, sondern unter Umständen auch eine direkt heilende. Die Beschwerden, bei denen die Brille als Heilmittel Verwendung findet, können sich nicht nur im Auge, sondern auch in entfernter liegenden Organen lokalisiren. Hierher gehört vor Allem der Kopfschmerz. Dieser kann durch alle Augenanomalien herbeigeführt werden, welche die Anstrengungen des Sehaktes, speziell des Nahesehens, vergrössern. Man fasst diese Zustände unter dem Namen Asthenopie zusammen. Nur für die muskuläre und die akkomodative Asthenopie kommt der Heilwerth der Brille in Betracht, neben diesen beiden Formen unterscheidet man noch eine conjunctivale und eine nervöse Asthenopie. Gegenüber der conjunctivalen Asthenopie verhält sich Verfasser ziemlich skeptisch. Allerdings kann eine Bindehautentzündung leichte Ermüdbarkeit der Augen bedingen, doch heben sich diese Fälle von dem Bilde der Asthenopie so deutlich ab, dass man sie aus demselben am Besten ganz ausscheidet. Dass auch ganz unbedeutende Entzündungen der Bindehaut, welche kaum objektiv in die Erscheinung treten, asthenopische Beschwerden auszulösen vermögen, bezweifelt Verfasser. Akkomodative Asthenopie wird zuweilen schon durch leichte Ametropien bedingt. Unkorrigirte Refraktionsanomalien können zu schlechter Körperhaltung beim Lesen, Vornüberbeugen des Kopfes und damit zu Kopfkongestionen Anlass geben. Lidrandentzündung (Blepharitis squamosa), welche jeder medikamentösen Behandlung trotzte, soll zuweilen durch Korrektion einer bestehenden Uebersichtigkeit geheilt worden sein. Auch Bindehautreizungen und wirkliche Katarrhe werden zuweilen durch unkorrigirte Refraktionsanomalien hervorgerufen oder unterhalten. Erkrankungen der Bewegungsorgane des Auges geben ein weites Gebiet ab für die Brille als wichtiges Heilmittel. Bei Augenmuskellähmungen ist durch Benutzung prismatischer Brillen Einfachsehen in einem gewissen Bezirke zu erzielen. Wählt man die Prismen etwas zu schwach, so dass die Doppelbilder nicht vollkommen vereinigt, sondern einander nur sehr genähert werden, so wird in Folge der Fusionstendenz der gelähmte Muskel zu energischer Thätigkeit angeregt, um Einfachsehen herbeizuführen. Auf diese Weise lassen sich orthopädische Uebungen anstellen. Als Radikalheilmittel kommt die Brille beim Schielen in Betracht und zwar als Konvexbrille beim Strabismus convergens, als Konkavbrille beim Divergentschielen, insbesondere bei der relativen Form desselben. Bei Insufficienz der musculi recti interni sind Konkavgläser oder Prismen (Basis innen), eventuell eine Kombination beider zu verordnen. Monolaterales Schielen wird meist durch Schwachsichtigkeit eines Auges bedingt. Die Frage, ob diese Amblyopie angeboren oder durch Nichtgebrauch erworben sei, beantwortet Verf. in dem Sinne, dass allerdings eine angeborene Schwachsichtigkeit den ersten Anstoss zum Schielen gebe, die dann eingetretene Ablenkung aber das weitere Fortschreiten der Schwachsichtigkeit befördere. Durch Uebung eines derartigen amblyopischen Auges lässt sich seine Sehschärfe verbessern. Die Verordnung einer Brille zur Hebung des Sehvermögens durch Korrektion einer Refraktionsanomalie verfolgt oft genug nicht nur einen symptomatischen Zweck, sondern auch einen heilenden, insbesondere vermag sie das Fortschreiten der Refraktionsanomalie aufzuhalten. Bei der Hypermetropie und Presbyopie spielt dieser Umstand keine sehr wesentliche Rolle. Ob beim Astigmatismus korrigirende

Cylindergläser irgend eine therapeutische Wirkung haben, wissen wir nicht. Hinsichtlich der Verordnung von Konkavgläsern bei Myopie bestehen noch grosse Differenzen in den Anschauungen, Verfasser tritt dafür ein, bei spastischer Myopie **kein** ausgleichendes Konkavglas zu geben. Die Theorien über Entstehung und Fortschreiten der Myopie erörtert Verfasser ausführlich und empfiehlt Vollkorrektion der Myopie für die Ferne. Auch beim Bestehen von Komplikationen ist das Tragen eines Konkavglases nicht schädlich, wenn es sich um abgelaufene Prozesse z. B. alte Glaskörpertrübungen handelt, während man bei frischen Entzündungen der Netz- und Aderhaut dem Auge Ruhe gewähren muss durch Verordnung eines dunklen Schutzglases. Als Nahebrille giebt Verfasser im Allgemeinen ein um 2,5 D schwächeres Glas als für die Ferne, doch lässt er die Benutzung der Fernbrille zur Nahearbeit für manche Fälle bei jugendlichen Myopen zu. Hochgradige Myopen korrigirt Verfasser für die Ferne soweit, dass eine bequeme Orientirung auf der Strasse möglich ist und lässt das Fernglas auch für die Nähe tragen. Die Korrektion der Anisometropie d. h. einer Ungleichheit der Refraktion beider Augen durch Brillengläser ist nach Ansicht des Verfassers oft im Stande, die Entstehung von Akkommodationskrampf zu verhüten, freilich ist es bei grosser Verschiedenheit im Brechungszustande beider Augen nicht immer möglich, einen binokulären Sehakt zu erzielen.

Groenouw.

Die Ergebnisse einer Schuluntersuchung auf Trachom in Berlin N.

Von Dr. E. Oppenheimer-Berlin, Augenarzt.
(Berl. Klin. W. 1901. 47.)

Greeff hat vor einigen Jahren (vergl. diese Zeitschrift 1898, Seite 379) vor der übertriebenen Trachomfurcht gewarnt und besonders die Wichtigkeit der Unterscheidung von Körnerkrankheit und einfachem Follikular-Katarrh betont. Hierbei hat er Berlin als trachomfrei bezeichnet. Hirschberg dagegen giebt die Zahl der Trachomkranken in den grösseren Polikliniken, mit Ausschluss der Fremden, auf fünf bis sechs pro mille an.

Verfasser selbst bekam einige Trachomfälle bei Kindern zugewanderter Eltern zu sehen und erbat sich die Erlaubniss, die Schule, welche diese Kinder besuchten, auf Trachom zu untersuchen.

Bei etwas über 1000 Kindern fand er drei Fälle von Trachom, sechs Starkverdächtige und zehn Minderverdächtige. Eines von den trachomatösen Kindern war eine Polin und hatte bis vor Kurzem in einem Dorfe in der Provinz Posen gelebt, wo die Schule wegen Trachom geschlossen worden war. Von den verdächtigen Fällen stammte eine Anzahl von trachomkranken Eltern.

In anderen Schulen sind ähnliche Beobachtungen nicht gemacht worden, und Verfasser nimmt auch nicht an, dass in den betr. Schulen eine Epidemie von Trachom bestanden hat.

Die Schule, welche staubig, unhygienisch gebaut und überfüllt war, ist inzwischen niedergerissen worden. In einer anderen, neuerbauten, wo nur ein Theil der Schüler aus dem alten Gebäude untergebracht war, fiel die Trachomuntersuchung negativ aus.

Ohrenheilkunde.

Zur Lehre von der Labyrinthverletzung.

Von Dr. Heinrich Halasz-Hodmezö-Vasarhely.
(Wiener medizin. Wochenschrift No. 33, 1901.)

Die direkte traumatische Verletzung des Labyrinthes ist ein seltenes Vorkommniss. Dieselbe kann hervorgerufen werden bei Fremdkörperextraktionen aus dem Ohre durch nicht sachkundige Hand, durch Eingiessen von konzentrirten Säuren in den äusseren Gehörgang, gelegentlich auch durch Stricknadeln oder ähnliche lange, spitze Gegenstände, welche zum Scheuern der Gehörgangswände benutzt werden und unter unglücklichen Umständen nicht nur das Trommelfell, sondern auch die Labyrinthwand der Paukenhöhle perforiren können, sowie bei Operationen und durch Projektile. Die indirekten Verletzungen des Labyrinthes kommen viel häufiger vor und sind zweierlei Art, solche, welche durch plötzliche Luftdruckschwankungen im äusseren Gehörgange verursacht werden oder wenn hohe Laute aus unmittelbarer Nähe, besonders in geschlossenen Räumen, in das Ohr eindringen, und solche, welche nach Gehirnerschütterung in Folge gewaltsamer Einwirkung auf die Schädelknochen entstehen, wenn das Trauma sich auf das Labyrinth erstreckt. Am raschesten können diese indirekten Verletzungen entstehen durch einen Schlag auf das Ohr, durch eine Gas- oder Dynamitexplosion, durch Kanonenschüsse, durch Schreien ins Ohr, durch starken Lokomotivpfiff, durch einen Kuss aufs Ohr oder durch zu rasches Verlassen der Taucherglocke, durch heftige Schalleinwirkungen oder selbst durch Sturz auf die Füsse, Kniee oder den Steiss, auf den Kopf, besonders auf das Hinterhaupt, als auch in Folge des Abmeisselns von Exostosen des Gehörganges oder Aufmeisselns des sklerotischen Warzentheiles. Man sieht, es bedarf zur indirekten Labyrinthverletzung keines besonders starken Traumas. Es ist ein Fall bekannt, in welchem ein mit einem Löffel auf die Stirne versetzter Schlag hinreichte, eine Labyrinthverletzung herbeizuführen, ein anderer Fall, wo durch Niesen völlige Taubheit erfolgte, wahrscheinlich in Folge einer Blutung ins Labyrinth. Verf. beschreibt einen Fall von direkter Labyrinthverletzung durch ein Projektil, das aus dem gegen das Ohr gerichteten, doch seitwärts abstehenden Waffenlaufe austretend den Gehörgang schief durchlief und im Felsenbein stecken blieb. Dass das Labyrinth direkt verletzt wurde, dafür sprachen folgende Umstände: Schwindel, anhaltendes Erbrechen, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, völlige Taubheit, seröser Ausfluss aus dem Ohr als Ausdruck der Verletzung eines Bogenganges, ferner die auch nach der Heilung noch bestehende Hyperaesthesia acustica.

— y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

Abtheilung f. Gynäkologie u. Geburtshilfe.

Sellheim-Freiburg i. B. Bildungsfehler beim weiblichen Geschlecht.

Zuerst kurzer Hinweis auf mehrfache Arbeiten aus der Hegar'schen und Freund'schen Klinik, welche das nicht seltene Vorkommen einer mangelhaften Ausbildung des weiblichen Organismus betonen, und Anführung der diesbezüglichen letzten Arbeiten Verfassers (Unvollkommener Descensus ovariorum und Rudimentäre Ausbildung des Dammes).

Um im Allgemeinen die Häufigkeit von Bildungsfehlern beim weiblichen Geschlecht zu beweisen und zu zeigen, in welcher Weise sich die verschiedenen Stigmata einer mangelhaften Entwickelung mit einander kombiniren, wurde das gesammte Krankenmaterial der Freiburger Frauenklinik aus den letzten $5^1/_2$ Jahren bearbeitet.

Unter 2200 genau untersuchten Personen wurden nicht weniger als 109 Fälle herausgefunden, in denen immer mehrere eklatante Zeichen einer mangelhaften Körperausbildung vereinigt waren, also circa fünf Prozent.

Es wurden fast nur nullipare-Personen, meist zwischen 20 und 30 Jahren, die ausser den Entwickelungsfehlern keine oder nur ganz geringfügige gynäkologische Leiden hatten, ausgewählt.

Die Explorationen wurden in Narkose vorgenommen, per vaginam und per rectum in jeder Beckenhälfte mit der gleichnamigen Hand, fast immer von dem Chef der Klinik, Herrn Geh. Rath Hegar, selbst und gewöhnlich durch einen geübten Assistenzarzt kontrolirt.

Die Periode war bei diesen mit gehäuften Entwickelungsstörungen behafteten Personen fast immer verspätet, manchmal noch gar nicht eingetreten.

Aus der Anamnese ergaben sich vielfach Momente, die man mit der mangelhaften Körperausbildung in ätiologischen Zusammenhang bringen kann (Tuberkulose, Scrophulose, langdauernde und wiederholte Infektionskrankheiten, Bleichsucht).

Bei den Untersuchungen stellte sich häufig Untermittelgrösse, graziler Knochenbau und mancherlei Verbildungen am Skelet heraus. Der Gaumen war oft sehr eng und hoch, die Zähne waren oft klein wie Milchzähne (Demonstration von Abdrücken solcher Gebisse), frühzeitig abgenützt und unregelmässig gestellt. Brustdrüsen und Brustwarzen fanden sich fast immer sehr schlecht entwickelt. Neben häufigen Hohlwarzen sah man einige Male überzählige Mammillae.

Dürftige Ausbildung der äusseren Genitalien, besonders rudimentäre Bildung des Dammes (Erläuterung durch Demonstration von naturgetreuen Abgüssen normaler und rudimentär gebildeter Dämme von Patientinnen), trichterförmige Gestaltung und bedeutende Tiefe der Vulva (Demonstration von Abguss), an den Fötalzustand erinnernde, starke Faltenbildung in der Vagina (Demonstration von Abgüssen, die im Sims'schen Spekulum gewonnen wurden), abnorme Behaarung des Körpers, Zeichen mangelhafter Ausbildung des Cirkulationsapparates kamen mehrfach vor.

Fast regelmässig fand sich ein fötaler oder infantiler Uterus, einige Male waren Doppelmissbildungen der Gebärmutter vorhanden.

Die häufigen Rückwärtslagerungen des Uterus werden durch den damit fast immer kombinirten, mangelhaften Descensus ovariorum (Ovarien im grossen Becken manchmal bis zum 5. Lendenwirbel) erklärt. Ausser dem mangelhaften Descensus werden noch andere Zeichen eines infantilen Charakters der Ovarien beschrieben.

Das knöcherne Becken hatte in der Hälfte der Fälle deutlich ausgesprochenen, infantilen Charakter, manchmal mit starker, räumlicher Beschränkung.

Einige Male waren ausser diesen somatischen Entwickelungsstörungen psychische Störungen vorhanden, die sich auf angeborenen Schwachsinn und mangelhafte Ausbildung des Gehirns zurückführen liessen.

Bestätigung dieser langjährigen klinischen Erfahrungen durch die Demonstration von Präparaten und Schnitten von 4 Leichen solcher mit zahlreichen Entwickelungsstörungen behafteter Mädchen, im Alter von 21—24 Jahren, die an Tuberkulose gestorben waren.

Die Präparate zeigen ausser all' den klinisch festgestellten Bildungsfehlern noch abnorm tiefen Douglas, stark geschlängelte Tuben u. s. w. In einem Fall war das Beckenbauchfell mit zahlreichen, kleinen Tuberkelknötchen besät, die das beste palpatorische Erkennungsmittel der Bauchfelltuberkulose darstellen. Genaue mikroskopische Untersuchung der Ovarien.

Am Schlusse des klinischen und anatomischen Beweismaterials wird die vielseitige, stets wachsende praktische Bedeutung dieser Bildungsfehler und ihrer richtigen Erkenntniss betont und ihre Wichtigkeit für den Geburtshelfer, Gynäkologen, Chirurgen, inneren Mediziner und Psychiater im Einzelnen angedeutet. Daran schliesst sich die Mahnung, sich nicht mit allen möglichen vergeblichen Kuren abzumühen, solchen unentwickelten Geschöpfen zu helfen, sondern sie vor einer unnützen Behandlung zu bewahren, da es ja doch auf der Hand liegt, dass wir einen einmal schlecht ausgebildeten Organismus nicht mehr vervollkommnen können.

Als besonders bedeutsam wird der Zusammenhang mit Tuberkulose, Chlorose, bösartigen Geschwülsten und Embryomen hervorgehoben und noch auf die geringe Leistungsfähigkeit solcher unfertiger Menschen und auf ihre mindere Tauglichkeit für die Fortpflanzung hingewiesen.

Für den Anthropologen ist eine derartige Sichtung und Feststellung der Entwickelungsfehler nicht ohne Bedeutung, weil einzelne Bildungen gelegentlich als Rasseneigenthümlichkeiten beschrieben wurden, die man sich jedenfalls, so lange es sich um einzelne Beobachtungen handelt, besser als Bildungsfehler erklären wird. [Sehr flache Brustwarzen, auffallend kurzer Damm.] (Autorreferat.)

II. Internationaler Kongress der Lebensversicherungs-Aerzte zu Amsterdam.

23.—26. Oktober 1901.

(Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.)

(Schluss.)

Chefarzt Dr. **Moritz**-St. Petersburg: Arteriosclerose und Lebensversicherung.

Welche eminente Bedeutung die Arteriosclerose für die Lebensversicherung hat, lehrt jeder Blick in die Sterblichkeitsstatistiken der Gesellschaften. Die zahlreichen Todesfälle an Schrumpfniere, Apoplexie, Angina pectoris, chronischer Myocarditis, Aneurysma und Laennec'scher Cirrhose repräsentiren die hauptsächlichsten Gefahrengruppen, mit denen die Gesellschaften zu rechnen haben. Sind sie nur die nothwendige Folge des Lebensprozesses selbst, belasten sie also nur die hohen Alter, so kann von einem Schaden, den die Gesellschaften durch sie erleiden, nicht gesprochen werden, im Gegentheil würden diese die besten Geschäfte machen, wenn alle ihre Versicherten ihre „Alters“-Arteriosclerose „erleben“ würden, aber leider ist dem in Wirklichkeit, wie die Zerlegung der Todesfälle nach Altersgruppen zeigt, nicht so, sondern alle Gesellschaften haben schwer unter der zu früh, in relativ jungen Jahren, eintretenden Arteriosclerose ihrer Versicherten zu leiden und deshalb gehört ihre frühzeitige Diagnose mit zu den ersten Aufgaben, die sie an ihren ärztlichen Dienst bei den Aufnahmeuntersuchungen stellen.

Der an sich wahre Ausspruch von Cazalis: „l'homme a l'âge de ses artères“ hilft dabei nur indirekt, denn die Arterien haben keinen Taufschein, aus dem man ihr Alter erfahren könnte. Es kann nur ungefähr erkannt werden, ebenso wie wir das Alter eines Menschen nach seiner Haltung, seinen Gesichtsfalten, seinen Haaren annähernd schätzen können, und die diagnostischen Gesichtspunkte, die hier in Frage kommen, sind die vermehrte Resistenz der fühlbaren Arterien, die vermehrte Spannung des Pulses, die Accentuirung des II. Aortentons, die Hypertrophie des linken Ventrikels. Ist die Arteriosclerose bereits vorgeschritten, finden sich Herzgeräusche, Tachy-Bradycardie, Arythmien etc., so macht ihre Diagnose natürlich keine Schwierigkeiten mehr. Nicht zu vernachlässigen sind die subjektiven Symptome, die häufig den objektiven längere Zeit vorausgehen und nach denen besonders zu fragen ist: Schmerz in der Wade beim Gehen, Schmerz unter dem Sternum besonders häufig während des Essens,

Kurzathmigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, rheumatoide Schmerzen und Sehstörungen. Von ganz ausserordentlicher Bedeutung sind aber dann die kausalen Momente, die bewirken, dass die beim gesunden Menschen erst im 8. oder 9. Dezennium sich vollziehenden arteriosclerotischen Veränderungen in jüngeren Jahren bereits zu Stande kommen und zu dem frühen Tode des Erkrankten führen. Zunächst kommt der Heredität auch hier eine grosse Bedeutung zu, und wenngleich alle Formen der Arteriosclerose im weiteren Sinne als verwandt hier zu gelten haben, so lehrt doch die Erfahrung, dass die Bedrohung des betreffenden Individuums in erster Linie für diejenigen Gefässgebiete gilt, welche in der Ascendenz vorzugsweise betroffen waren. Direkt aus den Statistiken der Lebensversicherungs-Gesellschaften nachgewiesen ist es von der Hirn-Apoplexie, und es ist durchaus berechtigt, gerade sie gesondert von den übrigen Formen der Arteriosclerose statistisch zu behandeln: denn ihre Vererbung hält sich an das Organ. Auch die Schrumpfniere scheint, ebenso wie die Sclerose der Coronararterien, die Vererbung in sich zu bevorzugen.

Im Zusammenhang mit der Erblichkeit steht die Konstitution, und hier steht im Vordergrunde die Korpulenz, die für die Lebensprognose immer ein kompromittirendes Moment ist und zwar speziell wegen der Arteriosclerose (Gicht, harnsaure Diathese). Von überstandenen Krankheiten disponiren zur Arteriosclerose der Rheumatismus, dann aber vor Allem die Syphilis, deren Formen bereits mit den 40er Jahren zu beginnen pflegen und durch einen besonders raschen Verlauf sich auszeichnen (Aneurysma). Unter den prädisponirenden Giften spielt die Hauptrolle der Alkohol (opulente Diners) und das Blei. Von geringerer Bedeutung für die Aetiologie sind dann noch körperliche und geistige Ueberanstrengung, Aufregungszustände u. s. w.

In praktischer Ausführung würde sich die Untersuchung und Beurtheilung des Antragstellers etwa so zu gestalten haben:

Die erste Frage ist, ob der Zustand des Gefässsystems des Untersuchten seinem Lebensalter entspricht? Unter einem Alter von 40 Jahren ist nicht das geringste Zeichen einer erhöhten Pulsspannung, keinerlei Rigidität oder Schlängelung der fühlbaren Arterien zu gestatten. Nach einem Alter von 45 Jahren darf der Radialpuls etwas härter (besonders beim Handarbeiter), die Temporalarterien etwas stärker hervortretend (besonders bei geistigen Arbeitern) sein, eventuell ist auch ein leicht verstärkter II. Basalton noch zuzulassen, niemals aber eine Accentuirung des II. Aortentons allein.

Hat die objektive Untersuchung Anhaltspunkte für die bestehende Arteriosclerose nicht ergeben, oder lediglich nur die eben genannten, so ist die Lebensprognose doch erst dann nur günstig zu stellen, wenn die prädisponirenden Momente ausgeschlossen werden können, die der Gefahr nach so zu rubriziren sind: Syphilis, Alkohol, Erblichkeit, Beruf, körperliche oder geistige Ueberarbeitung. Je nach dem Einzelfalle ist zu entscheiden, wenn sich eines oder mehrere dieser Momente finden; in Frage kommen kann im günstigen Falle nur eine Versicherung mit Abkürzung auf ein mehr oder weniger hohes Alter.

Chefarzt Dr. **Poëls** - Brüssel: „Die Versicherung der minderwerthigen Leben“.

Die Segnungen der Lebensversicherung, die heute nur den von der Gesundheit Begünstigten zu Theil werden, auch den gesundheitlich Minderwerthigen zugänglich zu machen, ist mit Recht das Streben der Gesellschaften von der frühesten Zeit bis in die Neuzeit hinein gewesen. So viele Versuche aber auch gemacht worden sind, theoretisch ausgeklügelte Verfahren in die Praxis zu übersetzen, eine Lösung der Aufgabe hat kein einziger erbracht. Referent hat wiederholt in dieser Zeitschrift über solche Versuche berichtet, er verweist heute auf seine Kritik der ärztlichen Versicherungsdiagnostik der vollwerthigen und minderwerthigen Leben von Buchheim 1897 No. 18, weil Poëls an die Arbeit Buchheim's anknüpft und die versicherungswissenschaftliche Literatur nun auch mit einem System von Gefahrenklassen bereichert, das er im Speziellen an der Versicherung von Herzklappenfehlern dem Kongresse erläutert.

Es ist unmöglich, hier auch nur auszugsweise über das Material zu referiren, dass Poëls aus der allgemeinen medizinischen und der Lebensversicherungsliteratur aller Länder zusammengetragen hat, um die sich gestellten drei Fragen zu beantworten: Welches mittlere Alter erreichen die Herzklappenfehler? Wie sind sie zum Zwecke ihrer Versicherung zu klassifiziren? Wo liegt die Grenze ihrer Versicherbarkeit? Von besonderem Interesse ist auch nur der dritte Theil seiner Ausführungen, in dem er sich der Versicherungstechnik der Herzklappenfehler auf Grund der lediglich klinisch gewonnenen Grundlagen zuwendet. Er verwirft die Zuschlagsprämie, weil ihre Anwendung nur da eine Berechtigung habe, wo es sich um krankhafte Zustände handele, die sich, wie z. B. die Hernie, scharf definiren liessen und die anderseits eine auf statistischer Grundlage fussende Berechnung ihrer Höhe einwandfrei gestatteten und Beides sei bei den Klappenfehlern unmöglich. Ebenso sei auch die Alterserhöhung nicht anzuwenden, weil eben auch hier die statistischen Unterlagen für die Abschätzung der anzuwendenden Erhöhung fehlten, dann aber gerade dieses Verfahren für eine spätere statistische Bearbeitung die am wenigsten brauchbaren Resultate ergeben würde. Anders die Abkürzung. Hier hätten wir wenigstens klinische Anhaltspunkte für eine annähernd gleichmässige Behandlung zur Verfügung und sie ist es denn auch, die Poëls für sein System der Versicherung minderwerthiger Leben, zunächst hier der Herzklappenfehler adoptirt. Die Versicherung geht in allen Fällen mit dem 50. Jahre zu Ende; im Uebrigen richtet sich im Einzelfalle die anzuwendende Abkürzung nach der Schwere der Erkrankung, ihrer Ursache u. s. w. Z. B.

Gruppe I. Klappenfehler seit der Kindheit; Ursache unbekannt; Anamnese frei von aktutem Gelenk-Rheumatismus und anderen Infektionskrankheiten; gute Heredität; gegenwärtiger Gesundheitszustand vorzüglich; äussere Verhältnisse sehr günstig; Lebensalter etwa 35 Jahre. Abkürzung auf 15 Jahre.

Gruppe II. Klappenfehler nach akutem Gelenk-Rheumatismus oder einer anderen Infektionskrankheit seit mindestens 10 Jahren. Inzwischen kein Rezidiv des Gelenk-Rheumatismus. Lebensalter 40 Jahre. Zur Zeit gute Kompensation bei auch sonst guter Gesundheit und günstigen äusseren Verhältnissen. Abkürzung auf 10 Jahre.

Gruppe III. Klappenfehler nach akutem Gelenk Rheumatismus; später noch einige leichte Rezidive. Angestrengtes Leben unter weniger günstigen äusseren Bedingungen. Alter 40 Jahre. Abkürzung auf 5 Jahre.

Gruppe IV. Schlechte Kompensation; allgemeiner Gesundheitszustand, äussere Verhältnisse ungünstig. Abweisung event. Aufnahme auf $2^1/_2$ Jahre.

Ohne Gefahr sei natürlich dieses Verfahren für jetzt nicht, im Gegentheil müssten die Gesellschaften, die das System in Anwendung zögen, auf Verluste gefasst sein, aber darum sei auch zu wünschen, dass sich eine grössere Anzahl von Ge-

sellschaften zusammenschlössen, um auf gemeinsame Rechnung solche Leben zunächst zu versichern. Der Lohn liege in der Zukunft, in der Gewinnung brauchbarer statistischer Unterlagen, die anders als durch die Lebensversicherung selbst, nicht zu gewinnen seien.

Referent hat sich in der Diskussion des Längeren sowohl gegen den theoretischen I. und II. Theil, als auch gegen den III. versicherungstechnischen Theil ausgesprochen. Er verweist auch hier wieder auf seine oben bereits zitirte Kritik der Buchheim'schen Arbeit und fügt nur hinzu, dass Poëls seine Arbeit selbst am Schärfsten damit gerichtet hat, dass er einen Zusammenschluss von Gesellschaften für nothwendig hält, um den pekuniären Gefahren seines Systems zu begegnen, allerdings mit der tröstenden Aussicht, für die Zukunft dann wenigstens brauchbare Statistiken zu erhalten. Dass sich eine solche Vereinigung von Gesellschaften je finden sollte, ist ausgeschlossen, sie ist aber auch nicht nothwendig, denn es giebt einen Weg, der ebenso sicher zu Statistiken für die Zukunft führt und dabei den grossen Vorzug hat, dass er so gut wie nichts kostet und von jeder Gesellschaft allein beschritten werden kann. Es ist das der Weg, den die Lebensversicherungsbank von Gotha jetzt seit nunmehr 5 Jahren eingeschlagen hat und einschlägt, nämlich der der Kontrole der Abgewiesenen. Der Zeitraum ist zu kurz, um schon heute über praktische Resultate berichten zu können, dringend zu empfehlen ist aber, dass diese Untersuchungen auch von anderen Anstalten aufgenommen werden, denn sie stellen den einzigen Weg dar, der zur Lösung des Problems der Versicherung von minderwerthigen Leben führen wird, denn er führt allein zu Statistiken, die wir einzig und allein und durchaus benöthigen, wenn wir auch nur einen Schritt hier weiter kommen wollen.

Florschütz.

Ophthalmologische Gesellschaft der Grossbritannischen Königreiche.

(The British Medical Journal 22. June 1901.)

In einer Sitzung der ophthalmologischen Gesellschaft berichtet Major M. T. Yarr über zwei Verletzungen des Auges durch Blitz. Der erste Fall betrifft einen Major im Orange River Colony. Derselbe war bei heftigem Gewitter beschäftigt, sein Zelt aufzuschlagen, als er plötzlich ein Prickeln der rechten Seite vom Kopf bis zum rechten Arm verspürte. Er war halb bewusstlos, erholte sich aber bald davon, das Prickeln im Arm verschwand erst nach einigen Tagen. Vier Monate später entdeckte er zufällig, dass er auf dem rechten Auge blind sei und wurde deshalb als Invalide in das Hospital aufgenommen. Bei der ersten ärztlichen Untersuchung konnte er die Finger nur auf drei Fuss Entfernung zählen. Im Augenhintergrund sah man mehrere grosse Blutungen, die älteren Datums sein mussten, ferner atrophische Flecken der Netzhaut. Die Pupille war blass, die Arterien schienen verengt. Das linke Auge dagegen war normal.

Der zweite Fall betraf einen dem zweiten Royal Berkshire Regiment angehörenden Mann, welcher in Belfast in Transvaal Telephondienst zu versehen hatte. Während seiner Thätigkeit wurde er bei starkem Gewitter vom Blitz getroffen. Er stürzte bewusstlos zusammen und als er das Bewusstsein erlangte, war er unfähig, zu sehen. Er hatte keinerlei körperliche Verletzungen davongetragen. Am folgenden Tage konnte er hell und dunkel wieder unterscheiden und eine Woche später hatten beide Augen Lichtempfindung und mit dem linken konnte er die Finger zählen. In beiden Augen sah man Ablösung der Netzhaut von grosser Ausdehnung. Die Sehkraft war vor der Verletzung normal gewesen.

Franz Meyer-Berlin.

Aus der 65. Jahresversammlung der British medical Association zu Cheltenham.

Diskussion über Beschäftigungskrankheiten.

(Brit. med. Journal 17. Aug. 1901.)

1. In der Abtheilung für Staatsarzneiheilkunde spricht Legge über Beschäftigungskrankheiten.

Die krankhaften Veränderungen, welche durch die Beschäftigung und die Berührung mit den Giften im Gewerbe sich entwickeln, sind durchaus nicht immer dieselben, welche bei der medizinischen Anwendung dieser Gifte zu Stande kommen. So z. B. ist die Herstellung von Cyankalium und der Gebrauch starker heisser Lösungen desselben Salzes so gut wie ungefährlich. Bei der Herstellung von Kalium bichromatum sind die Verletzungen, welche durch die Dämpfe zu Stande kommen, lokaler Natur und beschränken sich im Wesentlichen auf die Haut. Der Beweis, dass sie auch die Lungen schädigen, ist durchaus nicht erbracht. Die Arbeiter, welche mit Arsen zu thun haben, sei es nun mit der Herstellung der Arsensäure oder Schweinfurter Grün, zeigen nur Hautveränderungen, die Zeichen der Neuritis dagegen fehlen, und doch besteht kein Zweifel, dass die Dämpfe resorbirt werden, da Heiserkeit und Erscheinungen von Magendarmkatarrhen öfter auftreten. Typische Zeichen von Quecksilbervergiftung beobachtet man bei den Arbeitern, welche Barometer und Thermometer anfertigen oder welchen die pharmazeutische Anfertigung von Quecksilber obliegt. Dagegen ist bei den Hutmachern, welche Kaninchenhaare mit Quecksilberlösung behandeln, Salivation selten, nur Zittern und Erosionen des Zahnfleisches beobachtet man, letztere als eine Folge der scharfen Dämpfe.

Was den Phosphor betrifft, so ist es auffallend, warum die fortgesetzte Einathmung der Dämpfe von gelbem Phosphor sich auf eine lokale Verletzung der Kieferknochen beschränkt, aber es fehlen thatsächlich andere Zeichen der Phosphorvergiftung und es ist nicht bekannt, dass Arbeiter, welche viele Jahre mit dem Eintauchen der Streichhölzer in Phosphor sich beschäftigen, fettige Entartung der Leberzellen sich zuziehen. Milzbrand ist wunderbarer Weise bei denen, welche mit Wolle, Rosshaar, Häuten und Fellen zu manipuliren haben, eine seltene Erscheinung und das ist um so auffallender, weil man manchmal die Milzbrandsporen in dem Rosshaar, das von China kam, nachweisen konnte.

Tetanus kommt bei Jutearbeitern hier und da vor.

Die Bleivergiftung ist oft schwer zu beurtheilen, man soll sie nur dann diagnostiziren, wenn die Symptome ausgesprochen sind. Erscheinungen von Anämie allein genügen nicht zur Diagnose.

Die Einwirkung von Staub und Gasen ist ein wichtiger und gefährlicher Faktor bei den Berufskrankheiten. Die Lungentuberkulose und die fibroide Entartung der Lunge können dieser Ursache ihre Entstehung verdanken. Ausser der Einathmung von Mineralsäuren kommt z. B. der Staub von Flachs etc. in Betracht. In welcher Weise die Inhalation der Gase auf die Lungen ihre Wirkung ausübt, ist nicht einfach zu erklären, auch die Beziehungen und Verschiedenheiten der Tuberkulose der Lungen und der fibroiden Entartung — in welcher man vielleicht eine Art von Heilungsprozess erblicken kann, machen Schwierigkeit in der Beurtheilung. Legge kommt nochmals auf die Bleivergiftung zurück und kommt zu dem Schluss, dass die schwereren Bleivergiftungen bei den Arbeitern zu Stande kommen, welche das metallische Blei oder die Salze desselben im Verdauungskanal aufnehmen, bei denen, welche Feile schneiden und bei den Malern. Weniger schwer sind die Fälle, wo das Blei in Gestalt von Bleidämpfen eingeathmet wird. Bei dem männlichen Geschlecht ist die Bleilähmung häufiger, bei dem weiblichen, Kopfschmerz, Anämie, Gehirnleiden.

2. Weiter spricht William Murray über chronische Messingvergiftung. Besonders in der französischen Literatur hat man häufiger derartige Vergiftungen beschrieben und es ist zweifellos, dass es eine typische Krankheit giebt mit charakteristischen Symptomen, bei Messingarbeitern häufig wiederkehrend, welcher man bis jetzt zu wenig Beachtung geschenkt hat. Ein akutes Befallenwerden unter dem Namen des Gelbgiesserfiebers von vorübergehendem Charakter kennt man seit längerer Zeit, obwohl wenige Aerzte solche gesehen haben. Weit häufiger sind die Erkrankungsfälle, welche durch langdauernde Resorption von Messingstaub entstehen und welchen man bis jetzt nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet hat. Die Erscheinungen sind folgende: vor allen Dingen Anämie von dem Charakter der Oligämie mit Unbehagen, Kopfschmerz, grosser Schwäche und Nervosität. Mit dem Fortschreiten der Krankheit nimmt die Blässe der Hautfarbe zu, der Kranke magert ab und zwar so hochgradig, dass er das typische Aussehen des Phthisikers hat. Die Muskeln werden schlaff, einzelne Bündel derselben zeigen Zittern, besonders an den Händen und an der Zunge, es treten Muskelschmerzen und Neuralgieen auf, ferner Verdauungsstörungen verschiedener Art, unangenehmer Metallgeschmack im Munde, übelriechender Athem, dazu kommen Katarrhe der Luftwege, besonders des Rachens und des Kehlkopfs mit Auswurf, manchmal mit Blutspeien, auch profuse Schweisse sind nicht selten und der Schweiss hat grünliche Verfärbung. Auch die Haare, besonders von alten grauhaarigen Arbeitern, bekommen einen Stich ins Grünliche. Am Zahnfleisch bemerkt man ebenfalls einen graugrünen Saum.

Ob die Ursachen durch das Kupfer oder Zink oder Beimengung von Blei und Arsen sind, darüber ist man nicht einig, doch ist es wahrscheinlich, dass das Kupfer das schädliche Agens ist und das Zink die Wirkung verstärkt. Auch Fälle von ataktischer Neuritis und Pseudo-Tabes werden als Folge von Messingvergiftung beschrieben. Welches Gift auch immer das wirksame ist, es gelangt jedenfalls auf dem Verdauungswege und durch die Lungen in Form von feinsten Staubtheilen, die in den Arbeitsräumen herumfliegen und den Boden und die Maschinentheile bedecken, in den menschlichen Körper.

Als Mittel gegen die Vergiftung wird besonders der reine Phosphor oder auch die Phosphorsäure als wirksam empfohlen. Wichtig zur Verhütung der Erkrankung sind strenge prophylaktische Massregeln, Beseitigung des Staubes durch gute Ventilation, absolute Reinlichkeit der Hände des Arbeiters bei den Mahlzeiten und das Verbot, dass die Mahlzeiten in den Arbeitsräumen selber eingenommen werden.

3. Von den andern Beschäftigungskrankheiten möchte ich nur kurz die Phosphor-Nekrose erwähnen, welche von W. F. Dearslen besprochen wird. Sie kommt für Deutschland so gut wie gar nicht in Betracht. Die Phosphor-Nekrose betrifft in der Regel die Kieferknochen. Durch die Aufnahme des Phosphors erleidet das ganze Knochensystem Veränderungen, welche darin bestehen, dass sich bei den jungen Menschen die Knochen verhärten und verdichten. Ueber das Entstehen der Kiefernekrose hatte man verschiedene Ansichten. Am meisten hat diejenige für sich, welche annimmt, dass das Blut mit Phosphor beladen durch den Körper geht mit einer besonderen Affinität für das Knochengewebe. Der Knochen verliert in Folge dessen von seiner Widerstandsfähigkeit gegenüber lokalen Verletzungen. Zu diesen gehören auch kariöse Zähne. In Folge der Reizung des geschwächten Knochengewebes durch kariöse Zähne wird dann die Nekrose des Kiefers veranlasst. Diese Theorie, welche von Lorinser stammt, kommt vielleicht der Wahrheit am nächsten. Bekannt ist, dass diese partielle Nekrose fast immer erst Jahre nach Beginn der Beschäftigung mit Phosphor entsteht oder auch eintritt, nachdem die Beschäftigung mit Phosphor schon vor mehreren Jahren aufgegeben worden war. Die Aufnahme des Phosphors geschieht durch die Lunge, die Menge, welche durch die Haut resorbirt wird, kann nur sehr gering sein, und ebenso diejenige, welche vom Magen aufgenommen wird. Mit Hilfe von Röntgenstrahlen wird man die Knochenveränderung wahrnehmen können. Dearslen verlangt strenge Massregeln, um den Gebrauch und die Fabrikation des gelben Phosphors zu Streichhölzern in England zu verhindern. Den noch bestehenden Fabriken empfiehlt er strengste Reinlichkeit, möglichste Beseitigung der Phosphordämpfe, ferner eine regelmässige Beobachtung und Behandlung der Zähne der Arbeiter durch einen zuverlässigen Zahnarzt.

Franz Meyer-Berlin.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Simulation?

Entscheidung vom 6. Juli 1901.

Fr. B. erlitt am 5. September 1891 beim Abladen von Baumstämmen auf dem Lagerplatz des Zimmermeisters G. in S. eine Verrenkung und Quetschung des linken Hüftgelenks. Seit seiner Entlassung aus der chirurgischen Klinik in E. bezog B. eine Rente von 50 pCt. Am 5. Februar 1900 stellte B. unter Uebergabe eines Zeugnisses von Dr. med. L., worin bestätigt wurde, dass seit der an B. in der Klinik vorgenommenen Operation sich dessen Zustand wesentlich verschlimmert habe und B. nunmehr mindestens um 95 pCt. erwerbsbeschränkt sei, bei der Berufsgenossenschaft den Antrag auf Erhöhung der Rente. Die Genossenschaft lehnte den Antrag ab, da nach dem eingeholten ärztlichen Gutachten eine Verschlimmerung nicht eingetreten sei. Die Berufung des B. wurde dann vom Schiedsgericht abgewiesen, nachdem Kreismedizinalrath Dr. P. erklärt hatte, dass zur Zeit kein Anlass zur Erhöhung der Rente wegen Verschlimmerung bestehe; derselbe hielt die von Dr. L. behaupteten zeitweilig auftretenden Eiterungen in der Operationswunde nach der Beschaffenheit der Narbe zwar nicht für gänzlich ausgeschlossen, doch aber für sehr unwahrscheinlich. Diese Entscheidung focht B. durch Rekurs an und beanspruchte die Vollrente, gleichzeitig überreichte er Bescheinigungen des Dr. L. und des Dr. M. Geschäftsführer Z. beantragte hingegen die Zurückweisung des Rekurses. Auf Beschluss des Rekursgerichts ist der Kgl. Bezirksarzt Dr. G. in R. um ein Gutachten darüber ersucht worden, ob in den Verhältnissen des Verletzten eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten ist. Dem Kläger B. wurde ferner am 25. Februar 1901 aufgegeben, sobald sich an der Operationswunde Eiterungen ansammeln oder sonstige Beschwerden hervortreten sollten, sich beim Bezirksarzte zur Untersuchung einzufinden. Als am 8. Mai 1901 der Bezirksarzt anzeigte, dass B. sich bei ihm noch nicht gemeldet habe, liess das Rekursgericht den Kläger durch das Bezirksamt belehren, dass es in seinem eigenen Interesse liege, der Aufforderung vom 25. März 1901 nachzukommen, und dass aus seiner Weigerung nachtheilige Schlüsse wider ihn gezogen werden könnten. Der Kläger B. erklärte darauf, dass seit dem 25. März 1901 keine so hochgradigen Beschwerden aufgetreten seien, welche eine ärztliche Untersuchung und Behandlung erforderten, und dass er wohl hin und wieder leichtere Beschwerden verspürt, sie aber nicht weiter beachtet habe. Das Reichsversicherungsamt hat hiernach davon abgesehen, den Kläger B. durch den Bezirksarzt Dr. G. untersuchen zu lassen und im Hinblick auf die eigenen Angaben des Klägers in Verbindung mit dem Gutachten des Dr. L. und des Kreis-

Medizinalraths Dr. P. den Beweis nicht für geführt erachtet, dass seit Festsetzung der Theilrente von 50 pCt. in dem Zustande des Klägers B. eine wesentliche, mit einer weiteren Schmälerung seiner Erwerbsfähigkeit verbundene Verschlimmerung eingetreten ist; auf die Atteste des Dr. L. und des Dr. M. ist kein entscheidendes Gewicht gelegt worden. Dr. L. hatte u. A. ausgeführt, dass er eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes B.'s nicht nachweisen konnte; wenn B. in Dr. L. nicht eine so bereitwillige Unterstützung fände, würden seine Klagen bald verstummen, da die Rente von 50 pCt. genügend hoch sei. Dr. P. stimmte im Wesentlichen Dr. L. bei und führte u. A. aus, die Angabe des Dr. L., nach welcher seit der Operation in der Operationswunde bis ins Hüftgelenk gehende Eiterungen zeitweise auftreten sollten, steht im Widerspruch mit dem Befunde anderer Aerzte, nach welchem die Narbe fast verheilt, auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos und nicht geröthet war, was gegen die Fortdauer eines eiternden Prozesses im Hüftgelenk spreche; eine Verschlimmerung liegt nicht vor. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ist Trunksucht eine Krankheit?

Entscheidung vom 17. Oktober 1901.

Der Fabrikant H. und ein Redakteur waren angeschuldigt worden, sich gegen eine Polizeiverordnung vom 30. Juni 1887 vergangen zu haben, welche das öffentliche Anpreisen von Heilmitteln verbietet, deren Verkauf gesetzlich untersagt oder beschränkt ist. In einer Nummer der Zeitung war ein Inserat enthalten, in welchem ein Heilmittel mit Namen Hämatin als wirksamstes Mittel gegen die Trunksucht angepriesen wurde; ausdrücklich wurde dort angekündigt, dass Trunksucht heilbar sei. Während das Schöffengericht die Angeklagten freisprach, erkannte die Strafkammer auf eine Geldstrafe, da Hämatin ein Arzneimittel sei, welches unter die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 falle und daher nur in Apotheken verkauft werden dürfe. Hämatin sei auch als Heilmittel gegen eine Krankheit angepriesen worden. In der Revisionsinstanz wurde geltend gemacht, Trunksucht sei gar keine Krankheit, sondern nur ein Laster; durch Trunksucht entständen erst Krankheiten. Der Oberstaatsanwalt beantragte aber die Zurückweisung der Revision, da die heftige Begierde nach Spirituosen als eine Krankheit anzusehen sei. Der Strafsenat des Kammergerichts wies auch die Revision als unbegründet zurück und machte geltend, es erscheine nicht rechtsirrthümlich, wenn der Vorderrichter annehme, dass Hämatin, welches nach der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 nur in Apotheken verkauft werden dürfe, gegen eine Krankheit als Heilmittel angepriesen sei; möge man auch gewöhnliche Trunksucht als Laster ansehen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Delbrück, Hygiene des Alkoholismus. Mit 10 Kurventafeln im Text. Jena, Gustav Fischer, 1901. 85 Seiten. Mk. 2,50.

Vorliegende Abhandlung, welche ein Separatabdruck aus dem ersten Supplementband zu dem bekannten Handbuche der Hygiene von Th. Weyl ist, verdanken wir der Feder Delbrück's, eines zielbewussten Bekämpfers des Alkoholismus in literarischer Beziehung und in Vereinsthätigkeit, eines der eifrigsten deutschen Anhänger der Totalabstinenz.

In fast zu bescheidener Weise betont er in der Einleitung die durch die Natur der Materie gegebene Schwierigkeit, eine erschöpfende Bearbeitung des Themas zu geben. Man muss aber doch hervorheben, dass ihm diese Aufgabe gelungen ist, soweit das überhaupt auf einem so beschränkten Raum möglich. Wie sehr unsere Literatur über Alkoholismus und Alles, was damit zusammenhängt, in den beiden letzten Jahrzehnten angeschwollen ist, wie eifrig hier von den Irrenärzten und Neurologen, den Internisten, den Physiologen, den Sozialpolitikern, kurz, von den verschiedensten Berufsständen gearbeitet worden ist, wird nur der ermessen können, der diese Bestrebungen verfolgt. Diesem wird Verfasser kaum wesentlich Neues bringen; aber die Arbeit ist wie das Gesammtwerk, von dem es einen Theil bildet, für weitere, vor Allem auch für nichtärztliche Kreise bestimmt, und diesen wird sie um so mehr Nutzen bringen, als sie kurz, prägnant und doch anregend geschrieben ist.

In drei Abschnitten bespricht Verfasser die Ursachen, die Erscheinungen und die Bekämpfung des Alkoholismus. Es möge genügen, hier auf folgende Punkte hinzuweisen. In einer auch den Laien überzeugenden Weise setzt er auseinander, dass es auf die Form, in der der Alkohol verbraucht wird, ob Bier, ob Wein, ob Schnaps, nicht ankommt; hoffentlich wird er bei Vielen dieses weit verbreitete Vorurtheil damit zerstreuen. Ausserordentlich interessant ist die Zusammenstellung des gegenwärtigen Konsums an Alkohol in Wein, Bier, Branntwein sowie der sich daraus ergebenden Gesammtmengen Alkohols in den verschiedenen Kulturstaaten. Berücksichtigt man diese letzteren, so ergiebt sich, dass wenigstens jetzt die Länder, in denen vorwiegend Schnaps konsumirt wird, die mässigen, die Wein- und Bierländer die unmässigen sind. Sehr bedenklich ist die Zunahme des Konsums in den letzten Jahrzehnten, die durch Kurven recht anschaulich dargestellt wird. Eine Vergleichung der Kurven lehrt eine durchweg ansteigende Tendenz des Bierkonsums, die meist abfallende oder stabile Tendenz der Branntweinkurven. Die Bierkurven übertreffen jetzt in Belgien, England und Deutschland in ihrer gegenwärtigen Höhe die sämmtlichen Branntweinkurven, so dass sich daraus der Schluss ergiebt, dass das Bier eine der schlimmsten Geisseln des beginnenden Jahrhunderts zu werden droht. Mit der Grösse des Alkoholismus wächst progressiv die Gefahr des Alkoholismus.

Der zweite Theil bringt einen kurzen, aber doch vollständigen Ueberblick über unsere heutigen Kenntnisse der schädlichen Wirkungen des Alkohols bei akutem und chronischem Konsum, für den Konsumenten selbst wie für seine Nachkommen.

Von grösster praktischer Wichtigkeit ist der der Behandlung des Alkoholismus gewidmete Schlussabschnitt. Dass D. volle Abstinenz, nicht nur für die Trinker, sondern für Alle verlangt, dass er in ihr das vorzüglichste Mittel sieht, weil sie mit den bisherigen Trinksitten radikal aufräumt, auf deren Konto die überwiegende Mehrzahl von trunksüchtigen Männern gestellt werden muss, das liess sich von vornherein erwarten. V. verhehlt sich dabei durchaus nicht die Vorurtheile und Schwierigkeiten, die sich einem solchen Beginnen hindernd in den Weg stellen werden. Mit besonderem Nachdruck macht Verfasser darauf aufmerksam, dass man, wie ein Blick auf die Geschichte des Kampfes gegen den Alkoholismus in den verschiedenen Ländern zeigt, überall stetig zu radikaleren Massnahmen vorgeschritten ist, von der Mässigkeit zur Branntweinabstinenz, von dieser zur Totalabstinenz.

Möge es der warm und lebendig geschriebenen Arbeit gelingen, die, wie gesagt, nach Form und Inhalt auch für weitere Kreise bestimmt ist und diesen von uns Aerzten nur dringend empfohlen werden kann, die Augen für die Gefahren des Alkoholismus zu öffnen und die Erkenntniss zu verbreiten, dass der Alkoholismus zwar eine recht schwere, aber doch nicht unheilbare Krankheit darstellt. Ernst Schultze.

Scholz, Ludwig. Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine. Für Aerzte und Laien. Halle a. S. C. Marhold. 1902. 78 S. Mk. 1.80.

Verfasser stellt in vorliegender Broschüre die Aufgaben der Irrenfürsorge zusammen, soweit diese die ausserhalb der Anstalten untergebrachten Kranken betrifft. Er theilt die Aufgaben ein in die engeren und in die weiteren. Bei jenen bespricht er die finanzielle Unterstützung der Kranken und deren Familie, den Schutz und die Ueberwachung der Kranken, bei diesen die Aufklärung der Bevölkerung über das Irrenwesen, die Erregung des allgemeinen Interesses für diesen Gegenstand, die Bekämpfung von Vorurtheilen, besonders vor Gericht, beim Militär, in Schule und Haus, sowie die Sorge für die Verhütung von Psychosen.

Die Schrift bringt dem Irrenarzt naturgemäss nichts Neues, und das will sie auch nicht. Aber die Darstellung ist so anziehend, so lebendig und anschaulich, dass er sie gerne und oft dem Nichtfachmann empfehlen wird, der sich ein besseres Verständniss über unser Irrenwesen und die hieraus sich ergebenden Aufgaben verschaffen will. Dazu ist die Broschüre entschieden angethan. Wünschen wir ihr im Interesse unserer Kranken eine recht ausgedehnte Verbreitung und warme Beherzigung. Ernst Schultze.

Ernst Meissen, Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

Das vorliegende Buch enthält ausser einer ausführlichen Abhandlung über das Sanatorium Hohenhonnef verschiedene, zum grossen Theil bereits früher publizirte Arbeiten von Meissen, Schroeder und Naegelsbach über die Verbreitungsweise der Lungenschwindsucht, über das Fieber im Verlaufe der chronischen Lungentuberkulose, über einen Fall von „hysterischem Fieber", über die Mischinfektion bei chronischer Lungentuberkulose, über Diazoreaktionen im Harne und Bakterienbefunde im Blute von Phthisikern, über die „vermeintlichen Blutveränderungen" im Gebirge u. A. m.

Eigenthümlich berührt es, als Anlage II des ausführlichen Aufsatzes über Hohenhonnef die Liste der Aktienzeichner und die Bilanz der Aktiengesellschaft, welcher das Sanatorium gehört, aufgeführt zu finden (Seite 111 bis 121)! R. Stern-Breslau.

Tagesgeschichte.

Der Begriff „Unfall".

Das Unfallversicherungsgesetz selbst giebt keine Begriffsbestimmung des „Unfalls". Es liegt daher nahe, dass in den Kreisen der Versicherten immer wieder die Annahme sich geltend macht, jede Schädigung im Betriebe sei ein Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes und daher entschädigungspflichtig. Kürzlich hatte das Reichsgericht sich wieder mit dieser Frage zu beschäftigen. Die Entscheidung fiel ganz im Sinne der ständigen Rechtssprechung des Reichsversicherungsamts aus. Wir geben aus der in der „Arbeiterversorgung" abgedruckten Urtheilsbegründung das Wesentliche nachstehend wieder.

Nach dem Wortsinne ist unter Unfall ein bestimmtes Ereigniss zu verstehen, welches schädliche Folgen herbeigeführt hat. Das bezeichnete Gesetz geht offenbar auch von diesem Begriff des Unfalls aus. Denn es setzt mehrfach Fristen fest (vgl. § 5 Abs. 2, 59), welche mit dem Eintritte des Unfalls beginnen. Es muss also mit dem Worte „Unfall" ein zeitlich bestimmbares einzelnes Ereigniss gemeint sein, da sonst nicht ermittelt werden könnte, von wann ab die Frist zu berechnen ist. Es ist auch nicht etwa die eingetretene schädliche Folge, die Gesundheitsbeschädigung oder der Tod des Verletzten als Beginn der Frist festgesetzt. Denn es ist im § 59 Abs. 2 ausdrücklich bestimmt, dass einer Anmeldung nach Ablauf der Frist — nämlich später als 2 Jahre nach dem Eintritte des Unfalls — dann Folge zu geben ist, wenn zugleich glaubhaft gemacht ist, dass die Folgen des Unfalls erst später bemerkbar geworden sind. An einem solchen Ereigniss, nach dem sich die festgesetzten Fristen berechnen liessen, würde es aber fehlen, wenn unter Unfall auch eine Gesundheitsbeschädigung zu verstehen wäre, die durch eine längere Zeit, vielleicht Jahre lang dauernde schädliche Einwirkung auf den Körper eines Menschen hervorgerufen ist. Diese Grundsätze hat das Reichsgericht auch nicht nur in dem vom Berufungsgericht zitirten Urtheile des III. Civilsenats vom 6. Juli 1898 (Entsch. Bd. 21 S. 77), sondern vielfach ausgesprochen. Vergl. die Urtheile des II. Civilsenats vom 8. Februar 1898 und des IV. Civilsenats vom 3. Juli 1899 (Entsch. Bd. 44 S. 254). Auch wird, wie die in dem zuletzt erwähnten Urtheile angeführten Zitate ergeben, diese Ansicht von dem Reichs-Versicherungsamt und in der Literatur vertreten. Das Vorbringen der Revision ist nicht geeignet, die Richtigkeit vorstehender Ausführungen zu widerlegen. Für den Begriff des Unfalls im Sinne des U.V.G. ist es unerheblich, ob dem Versicherten ein Schaden während eines ordnungsmässigen Betriebes entstanden ist, oder ob der Schaden durch eine ordnungswidrige Art des Betriebes hervorgerufen ist, denn nach dem Gesetze (§§ 5 und 6) soll für alle bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle, welche der Verletzte nicht vorsätzlich herbeigeführt hat, Schadensersatz geleistet werden. Die Frage, ob ein Unfall vorliegt, ist daher nicht davon abhängig, ob seitens des Betriebsunternehmers die erforderlichen Vorsichtsmassregeln beobachtet sind, sondern nur davon, ob ein einzelnes bestimmtes Ereigniss den eingetretenen Nachtheil verursacht hat. Der Gang der neueren Gesetzgebung spricht ebenso wenig für die Ansicht der Revision. Die im bürgerlichen Rechte bestehende Verbindlichkeit zum Schadensersatze ist zunächst durch das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 erweitert, welches, abgesehen von dem Eisenbahnbetriebe, für gewisse Betriebsunternehmer eine Haftpflicht festgesetzt, wenn durch ein Verschulden ihrer Bevollmächtigten oder Betriebsleiter ein Mensch getötet oder körperlich verletzt ist. Das U. V. G. geht einen Schritt weiter und giebt dem Verletzten, bezw. seinen Hinterbliebenen in bestimmten Fällen einen Schadensersatzanspruch auch dann, wenn der Tod oder die Körperverletzung durch einen bei dem Betriebe sich ereignenden Unfall herbeigeführt ist, ohne den Nachweis eines Verschuldens des Betriebsunternehmers oder seiner Angestellten zu verlangen. Erst das Invaliden- und Alters-Versicherungsgesetz billigt unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherten, wenn sie überhaupt dauernd erwerbsunfähig geworden sind, einen Anspruch auf Invalidenrente zu. Es bestimmt aber im § 9 Abs. 2, dass eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit begründet, als nicht eine Rente nach dem U. V. G. zu leisten ist.

Die moderne Gesetzgebung unterscheidet also sehr wohl, ob Jemand durch einen Unfall oder ohne solchen durch den Betrieb zu Schaden kommt und schliesst allerdings im letzteren Falle den Beschädigten von den Wohlthaten des U. V. G. aus.

Rauchbelästigung.

Unter dem 1. November 1901 ist ein Ministerialerlass an die nachgeordneten Behörden ergangen, welcher in letzter Linie nichts Geringeres als eine gleichmässige Behandlung aller Klagen über Rauchbelästigung durch die Behörden bezweckt.

Zunächst werden die Grundsätze mitgetheilt, nach denen

in feststehenden fiskalischen Feuerungsanlagen zur Verhütung übermässiger Rauchentwickelung zu verfahren ist. Es wird der Grundsatz aufgestellt, dass die Entwickelung schwarzen, undurchsichtigen Rauches aus der Schornsteinmündung länger als 5 Minuten hintereinander nicht anhalten soll. Zu diesem Zwecke sollen zunächst als selbständige Heizer nur Personen angestellt werden, welche praktisch bewährt und theoretisch an einer Heizerschule gut ausgebildet sind. Die zuständigen Behörden sollen für die Belehrung und Beaufsichtigung der Heizer sorgen. Die Wahl des Brennmaterials soll durch die Rücksicht auf schwache Rauchentwickelung nicht entscheidend beeinflusst werden, vielmehr soll jeweils dasjenige Material bevorzugt werden, welches an dem betreffenden Orte leicht erhältlich und üblich ist, und nur bei sonst gleichen Verhältnissen soll das rauchschwächere Material bevorzugt werden. Wenn es nicht möglich ist, durch die Art der Bedienung des Feuers oder ohne besondere Kosten durch die Wahl des Brennmaterials übermässiger Rauchentwickelung vorzubeugen, so sollen an den Feuerungsanlagen besondere Rauchverhütungs-Einrichtungen, wie sie die heutige Technik bietet, angebracht werden. Wo neue Feuerungsanlagen hergestellt werden, soll schon bei der Ausschreibung die Bedingung gestellt werden, dass die Anlage mit dem am Betriebsorte erhältlichen Brennmaterial möglichst rauchfrei arbeiten muss.

Nach Ablauf des Etatsjahres 1903 sollen alle Dienststellen, unter deren Aufsicht grössere Feuerungsanlagen stehen, einen Bericht über den Erfolg ihrer Bemühungen bei der Durchführung dieser Vorschriften einreichen.

Von dem Erlass dieser Vorschrift ist auch den Gemeinden und Kreisverbänden Nachricht gegeben worden, um ihnen ein ähnliches Vorgehen zu empfehlen.

Nachdem auf diese Weise der Staat in seinen Betrieben das Möglichste gethan hat, um Gesundheitsschädigungen durch Rauchbelästigung vorzubeugen, sind die Gewerbeaufsichtsbeamten und Polizeibehörden angewiesen, nun auch den privaten gewerblichen Feueranlagen ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Rauchbelästigungen, welche nachweislich mit gesundheitlichen Schädigungen einhergehen, wird in der Folge mit allem Nachdruck entgegengetreten werden. Die Besitzer der betreffenden Anlagen werden zunächst aufgefordert werden, innerhalb einer entsprechenden Frist Abhilfe zu schaffen, wobei ihnen die Gewerbeaufsichtsamten und die Ingenieure der Vereine zur Ueberwachung der Dampfkessel als sachverständige Berather beistehen sollen. Bleibt diese Aufforderung ohne Erfolg, so wird polizeilich oder gerichtlich vorgegangen werden.

Krüppelfürsorge.

Diejenigen Menschen, welche entweder durch angeborene Missbildungen oder durch früh erworbene Krankheiten des Centralnervensystems oder endlich durch Verstümmelungen des Gebrauchs ihrer Gliedmassen beraubt sind, mit einem Wort: die Krüppel, waren früher, sobald sie den armen Bevölkerungsschichten entstammten, ganz der Verkommenheit und dem Elend ausgesetzt. Heuzutage wird ein grosser Theil von ihnen durch die Arbeiterfürsorgegesetze vor dem völligen Ruin bewahrt. Für einen weiteren Theil sorgen die Krüppelanstalten, welche meist der privaten Wohlthätigkeit ihre Existenz verdanken. Diese Anstalten, welche bis auf wenige Ausnahmen auf die Anregung von Geistlichen hin geschaffen worden sind, haben in neuerer Zeit ihr Augenmerk besonders auf die ärztliche Behandlung und auf die körperliche und geistige Erziehung der Krüppel gerichtet.

Ueber den Umfang des bisher Geleisteten entnehmen wir der „Deutschen Arbeiterzeitung“ interessante Einzelheiten.

Die erste Arbeitschule für Krüppel besteht seit 1873 in Kopenhagen. Mit einem Jahresaufwand von ca. 110000 Kronen gewährt das Heim Krüppeln aller Art, geistigen und körperlichen, Kindern und Erwachsenen aus ganz Dänemark unentgeltlich Behandlung, Unterricht und alle Bandagen und Apparate, die die fehlenden Glieder ersetzen und die Krüppel in den Stand setzen, zu arbeiten. Sämmtliche Lehrer des Heims sind Krüppel und ehemalige Zöglinge der Anstalt.

In Deutschland bestehen zur Zeit 23 Anstalten für Krüppelpflege. Die älteste ist ein staatliches Institut, die königl. Centralanstalt für Erziehung und Bildung krüppelhafter Kinder in München. Die anderen, welche in ganz Deutschland vertheilt sind, scheinen sämmtlich privater Natur zu sein. Bisher haben diese Anstalten schon fast 11000 Pfleglingen den Weg zu einem menschenwürdigen Dasein gebahnt, und nicht viel weniger als 1200 Plätze stehen in denselben zur Verfügung.

Wir sehen also, wie auf diesem Gebiete schon mancherlei geleistet ist. Ausreichend ist das bisher Geleistete noch lange nicht, und es will uns scheinen, als ob weite Kreise noch nicht genügend für die Krüppelfürsorge interessirt seien. Wir Aerzte müssen es besonders zu den Ehrenpflichten unseres Standes rechnen, auf diesem Gebiete kräftig mitzuarbeiten. Können doch ohne ärztliche Beihilfe weder für den körperlichen, noch in vielen Fällen für den seelischen Zustand der Krüppel die geeigneten Massregeln bestimmt werden. Noch treten uns gar zu oft in den Häusern der Armen, auf den Strassen in Dorf und Stadt, und auch in den Gefängnissen und Zuchthäusern die traurigen Erscheinungen der Unglücklichen entgegen, welche, durch ihre körperliche Hilflosigkeit leiblich verkommen und seelisch zurückgeblieben, eine Last für ihre Angehörigen sind und in einem grossen Prozentsatz dem Bettler- und Verbrecherthum verfallen.

Volksheilstätten für Nervenkranke.

Wie die Stadtgemeinde Frankfurt a. M. jetzt dem dringenden Bedürfniss für Volksheilstätten für Nervenkranke, deren Zahl stetig wächst, dadurch Rechnung trägt, dass sie bei ihrer Erweiterung der Irrenpflegeanstalt auch Villen zur Aufnahme von Nervenkranken aller Art, also auch der Leichtkranken, bauen lässt, so gedenkt auch die badische Regierung den in Folge der modernen Arbeitsweise sich häufenden Nervenleiden von Arbeitern durch eine Volksheilstätte für Nervenkranke gerecht zu werden. Sie hat den Krankenkassenverband bereits von ihrem Vorhaben unterrichtet und dessen Vorstand hat die Sache bereits diskutirt und freudig begrüsst. Die Generalversammlung des Verbandes wird sich weiter mit der Sache beschäftigen, wie sich auch die Versicherungsanstalt bereits damit beschäftigt. Jedenfalls wird in den nächsten Jahren Baden auch eine Volksheilstätte für Nervenleidende aus den wenig bemittelten Klassen und speziell aus Arbeiterkreisen bekommen und somit einem immer dringender werdenden Bedürfniss abhelfen.

(Soz. Praxis.)

Konzessionspflicht der Privatkrankenanstalten.

Im Gegensatz zum preussischen Oberverwaltungsgericht hat das Reichsgericht den Grundsatz ausgesprochen, dass eine nach § 30 der Reichsgewerbeordnung konzessionspflichtige Privatkrankenanstalt auch dann vorhanden ist, wenn die Kranken nur während des ganzen Tages ununterbrochen dort anwesend sind und ihre Lebensweise in Verbindung mit der anzuwendenden Heilmethode geregelt und überwacht wird; Betten und Nachtaufenthalt der Kranken seien nicht erforderlich.

Moderne Geheimmittel.

Die Zeit, in der das Kurpfuscherthum seine Hauptstütze im Geheimmittelschwindel hatte, ist vorüber. „Naturheilkunde" und „Magnetismus" haben den geheimnissvollen Tränken, Pillen und Pulvern den Rang abgelaufen. Aber seltsam: gerade auf einem Gebiete, wo die „naturgemässe", arzneilose Heilweise ihre grössten wirklichen Triumphe feiern könnte, spriesst ein phantastisches Arzneiwesen empor, das bestimmt nicht minder gefährlich ist, als der alte Geheimmittelschwindel. Auf der einen Seite breitet sich die Ueberzeugung aus, dass man den Krebs und die Syphilis nur noch durch kaltes Wasser, Lichtstrahlen, magnetische Streichungen etc. los wird, auf der andern nimmt man, um dick oder dünn zu werden, Arznei ein!

Der Zufall führt uns in einer kunstgewerblichen Zeitschrift ein interessantes Doppelinserat vor Augen, aus dem wir erfahren, dass „blendend schöne ideale und harmonische volle Formen einzig und allein durch Gebrauch des unfehlbarsten und unschädlichsten Kraft- und Nährpulvers Aphroditin erlangt werden", dass dagegen Korpulenz beseitigt wird und wiederum ideale und harmonische Formen durch Gebrauch des dito Nähr- und Schönheitspulvers Sentalin erreicht werden. Diese Pulver, von denen ein Karton nur 3,25 Mark kostet, werden von einer „Nährmittelfabrik" hergestellt, woselbst notabene auch auf schriftliche Anfragen über kosmetische und hygienische Dinge kostenfrei Rath ertheilt wird. Man beachte wohl: „Nährpulver", „Nährmittelfabrik"; allerdings hebt das Aphroditin auch Blutarmuth, Nervosität u. dgl., aber natürlich — ein Arzneimittel ist es nicht.

Wir besprachen neulich die neue Kaiserliche Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln — hier haben wir einen eklatanten Grenzfall, bei dem es zweifelhaft ist, ob die Verordnung Anwendung findet oder nicht. Ist ein Schönheitspulver ein kosmetisches Mittel? Nach dem Wortlaut der Verordnung nicht, denn in ihr heisst es bei „kosmetische Mittel" in Parenthese: Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle. Ist ein Kraftpulver ein Arzneimittel? Kann man einen Stoff, der Korpulenz beseitigt, ein Nährpulver nennen? Das sind alles Fragen, die der offiziellen Beantwortung dringend bedürfen! Jedenfalls aber werden die Behörden gut thun, sich die beiden „unschädlichen" und „unfehlbaren" Mittel einmal genauer auf ihre chemische Zusammensetzung anzusehen.

Internationale Vereinigung der Versicherungsärzte.

(Association internationale des médecins experts.)

Die beiden ersten Internationalen Kongresse der Aerzte der Versicherungsgesellschaften haben den Beweis ihrer inneren Berechtigung durch ihre Beschickung von Gesellschaften fast aller Länder und vor Allem durch ihre Arbeiten durchaus erbracht, es hat sich aber auch das Bedürfniss herausgestellt, dass die Verbindung unter den Aerzten der Gesellschaften auch in dem zweijährigen Zwischenraum nicht verloren gehen darf, wenn grössere fortlaufende Arbeiten nutzbringend durchgeführt werden sollen. Und aus dieser Erwägung heraus ist auf dem letzten Kongress in Amsterdam die Gründung einer Internationalen Vereinigung der Aerzte der Versicherungsgesellschaften beschlossen worden.

Die Medizin von heute leidet nicht Mangel an allen möglichen wissenschaftlichen Vereinigungen; wenn nun auch die Versicherungsärzte sich in einer besonderen Vereinigung zusammenschliessen, so liegt ihnen dabei nichts ferner, als den Zerfall der praktischen Medizin in die vielen Spezialfächer durch Schaffung einer besonderen Versicherungsmedizin noch weiter zu fördern, im Gegentheil sind sie sich gerade bewusst, dass der praktische Arzt im eigentlichen Sinn des Wortes der allein berufene ist, praktischer Versicherungsarzt zu sein. Was ihren Zusammenschluss nothwendig macht, ist ihre besondere Aufgabe der Prognosenstellung, die nicht durch Einzelerfahrung am Krankenbett, sondern lediglich durch Erfahrungen zu lösen ist, die nur aus dem grossen in den Archiven der Gesellschaften aufgespeicherten statistischen Material zu gewinnen sind. Und diese auszutauschen und für ihre Zwecke zu verarbeiten, wird die vornehmste Aufgabe der Vereinigung und ihrer künftigen Kongresse sein.

Die auf dem Amsterdamer Kongress entworfenen und angenommenen Statuten der Vereinigung haben folgenden Wortlaut:

Bestimmungen.

I. Entsprechend der von dem I. Internationalen Kongress der Aerzte der Versicherungsgesellschaften gegebenen Anregung ist am 24. September 1901 auf dem II. Internationalen Kongress in Amsterdam eine Internationale Vereinigung der Aerzte der Versicherungsgesellschaften unter dem Namen: Internationale Vereinigung der Versicherungsärzte (Association internationale des médecins-experts) ins Leben gerufen worden.

Die Geschäfte führt ein Centralcomité, das in Brüssel seinen Sitz hat; Untercomités, deren jedes Land eines aus den Mitgliedern der bisherigen Organisations-Comités für die Internationalen Kongresse oder aus Besuchern dieser zu bilden hat, führen die Geschäfte des betr. Landes.

II. Der Zweck der Vereinigung ist:

1. Die wissenschaftliche Bearbeitung und Förderung aller den ärztlichem Dienste der Lebens- und Unfallversicherung betr. Fragen.
2. Die Bearbeitung mehr allgemeiner Fragen des Versicherungswesens, welche ihr zur Begutachtung überwiesen werden.
3. Die Sichtung und Gesammtbearbeitung der statistischen Arbeiten aller Länder.
4. Die Ausführung der Beschlüsse der Internationalen Kongresse.
5. Die Verbreitung der Arbeiten für diese Kongresse.
6. Die Herausgabe periodisch erscheinender Mittheilungen über wichtigere versicherungs-medizinischer Zeit- und Streitfragen.

III. Die Vereinigung setzt sich zusammen aus ordentlichen und ausserordentlichen Mitgliedern.

IV. Ordentliche Mitglieder können nur die an leitender Stelle der Gesellschaften arbeitenden Aerzte werden (médecins-experts).

V. Ausserordentliche Mitglieder können Aerzte und auch Nichtärzte werden, wenn ihre besonderen Kenntnisse die Mitarbeit an den Bestrebungen der Vereinigung voraussetzen lassen.

VI. Der jährliche Beitrag beträgt 4 Mark.

VII. Die Zahl der Mitglieder ist unbegrenzt.

VIII. Die Anmeldung hat schriftlich bei dem Comité des betr. Landes zu geschehen, das auch über die Aufnahme oder Nichtaufnahme entscheidet. Das Aufnahmegesuch bedarf der Empfehlung zweier Mitglieder, die es, wie der Aufzunehmende, zu unterzeichnen haben. Die Aufgenommenen sind dem Centralcomité namhaft zu machen.

Die Vorarbeiten in Deutschland sind eben jetzt in Angriff genommen worden; sobald das Comité gebildet ist, wird an dieser Stelle darüber berichtet werden. Anfragen und dergl. sind bis auf Weiteres an den bisherigen Sekretär für den Internationalen Kongress, den I. Bankarzt der Lebensversicherungsbank f. D., Herrn Dr. Florschütz in Gotha, zu richten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. | № 2. | Ausgegeben am 15. Januar.

Inhalt:

Ueber Fortbildungskurse für Medizinalbeamte.

Von
Dr. Georg Puppe-Berlin,
Königl. Gerichtsarzt und Privatdozent a. d. Universität.

In einem neuerdings über „das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen" erstatteten Referat[1]) hebt Kutner hervor, dass die Kurse für die Medizinalbeamten anlässlich der Cholera-Epidemie im Jahre 1892 ins Leben gerufen seien. Die Kurse waren dreitägig, sie wurden im Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin abgehalten und hatten die Aufgabe, die Hörer über den neuesten Stand der bakteriologischen Cholera-Diagnostik und ihre Technik zu unterrichten. „Späterhin wurden dann an sämmtlichen einschlägigen Staatsinstituten umfassende hygienische Kurse veranstaltet, an welchen nach einander alle Medizinalbeamten Theil zu nehmen hatten. Nach Beendigung dieser Kurse wurden psychiatrische Lehrkurse eingerichtet und in gleicher Weise allmählich sämmtlichen Medizinalbeamten zugängig gemacht. In den Zeitraum, in dem die letztgenannten Kurse stattfanden, fallen noch die anlässlich der drohenden Pestgefahr vor ca. 2 Jahren veranstalteten Kurse, welche im Institut für Infektionskrankheiten, sowie in den hygienischen Instituten sechstägig abgehalten wurden und die bakteriologische Pest-Diagnostik betrafen." Hierzu kommen noch Kurse, welche für beamtete oder nicht beamtete Aerzte zur Bekämpfung des Trachoms abgehalten wurden.

[1]) Leipzig 1901, Thieme.

Alle diese Kurse bezwecken stets nur die Erweiterung eines gewissen kleinen Theiles des Wissens und Könnens der Medizinalbeamten. Sie können in ihrer jetzigen Form auf keinen Fall als ausreichend erachtet werden. Die Forderung nach einer Vermehrung derselben ist mehrfach erhoben worden. Wir selbst haben in dieser Zeitung[2]) die Forderung nach Fortbildungskursen für Physiker im Gebiete der gerichtlichen Medizin ausgesprochen und eingehend begründet. Weiter hat Dreising[3]) dem Wunsche nach staatlich eingerichteten Fortbildungskursen für Medizinalbeamte Ausdruck gegeben.

Während man aber seitens der Staatsregierung die Nothwendigkeit von Fortbildungskursen für Kreisthierärzte anerkannt hat, indem man eine entsprechende Summe in den Etat einstellte und die nothwendigen Einrichtungen schuf, hat man bisher von einer Erfüllung der Forderung von ausreichenden Fortbildungskursen für die Medizinalbeamten noch nichts gehört. Es ist an der Zeit, dass hieran erinnert wird, und dass die nach Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und über die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899, und namentlich der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 ganz besonders nothwendig gewordenen Fortbildungskurse für die Kreisärzte end-

[2]) Gerichtl. Medizin u. Gesetzeskunde für Mediziner. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung No. 20. 1898.

[3]) Dreising: Genügen die bisherigen Fortbildungskurse? Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1898. No. 5.

lich eine Thatsache werden. Gerade die Dienstanweisung für die Kreisärzte stellt an ihr Können so erhebliche Mehrforderungen, dass es ohne Weiteres einleuchtet, dass sich ein beschäftigter Kreisarzt, mag er auch noch so fleissig dem Selbststudium obliegen, nicht durch Lektüre allein fortzubilden vermag. Das, was man von ihm fordert, und das, was er wirklich zu leisten vermag, wird in einem Missverhältniss zu einander stehen.

Fast noch mehr tritt die Nothwendigkeit von Fortbildungskursen für Kreisärzte ins Auge, wenn man die gerichtliche Medizin berücksichtigt. Ein grosser Theil der Medizinalbeamten verfügt über ein nur sehr geringes gerichtlich-medizinisches Material; Kreise, in denen drei bis vier gerichtliche Sektionen jährlich stattfinden, gehören nicht zu den Ausnahmen. Erwägt man nun, dass in der That der zuständige Kreisarzt, welcher die Obduktion vornimmt, unendlich viel Unheil anrichten kann, wenn er aus Unerfahrenheit oder Unkenntniss sein Gutachten nicht in richtiger Weise abgiebt, so leuchtet es ohne Weiteres ein, dass gerade auch Fortbildungskurse, welche das Gebiet der gerichtlichen Medizin betreffen, eine unbedingte Nothwendigkeit sind.

Muss denn erst immer, so fragen wir, eine cause célèbre den Anstoss dazu geben, dass eine Aenderung in dem bisher beliebten Verfahren eintritt? Muss denn immer erst ein Prozess wie der bekannte Alexianer-Prozess der Welt zeigen, dass Manches hätte anders sein können, wenn man die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Hilfskräfte gehörig angewendet hätte? Material genügend ist für Fortbildungskurse sicher vorhanden, wir unterlassen aber nicht, auf eins aufmerksam zu machen, dass gerade, was die gerichtliche Medizin anbetrifft, Centren, in denen sich die Medizinalbeamten sammeln können, und bei denen sie sich stets Raths erholen können, bei Weitem noch nicht in gehöriger Weise vorhanden sind. Wir erkennen gern an, dass durch die Schaffung mehrerer Extraordinariate für gerichtliche Medizin ein Schritt nach vorwärts gethan ist, aber diesem Schritt muss noch ein zweiter folgen und zwar bald, und das ist die Schaffung gehörig mit Material versehener gerichtlich-medizinischer Institute.

Wenn man der Frage, in welcher Weise die Fortbildungskurse für die Medizinalbeamten am besten abgehalten werden, näher tritt, so wird man die Nothwendigkeit anerkennen müssen, die Angelegenheit von einem möglichst universellen Standpunkte aus zu betrachten und in Angriff zu nehmen. Wir meinen damit, dass alle Zweige der kreisärztlichen Thätigkeit in den Bereich der Fortbildungskurse mit hineingezogen werden müssen. Zunächst wären hier zu nennen: Gerichtlich-medizinische Fortbildungskurse mit Uebungen im Begutachten von gerichtlichen Fällen und mit Uebungen in den gerichtlich-medizinischen Untersuchungsmethoden. Da, wo wie in Berlin eine Sammlung vorhanden ist, wird diese zweckmässig zu Demonstrationszwecken verwendet werden können, geeignete Fälle aus der gerichtsärztlichen Praxis des betreffenden Lehrers werden den Zuhörern Veranlassung geben, sich in der Begutachtung, Abfassung von Obduktionsberichten u. s. w. zu üben. Es sei besonders darauf hingewiesen, dass gerade auch die Ausführuug von Blut- und Sperma-Untersuchungen in neuerer Zeit bedeutende Modifikationen erfahren hat, in welche die Kreisärzte einzuweihen unbedingt nothwendig ist.

Zweitens würde für die Fortbildungskurse in Betracht kommen die pathologische Anatomie. Die Erfüllung dieses Theiles unserer Forderung würde sich, da auf allen Universitäten pathologisch-anatomische Institute vorhanden sind, leichter gestalten, als der eigentlich gerichtlich-medizinische Unterricht. Die Wichtigkeit einer gehörigen Durchbildung in der pathologischen Anatomie für den Gerichtsarzt bedarf keiner besonderen Hervorhebung.

Drittens kämen in Betracht: praktische Untersuchungen in der Hygiene sowie Unterricht in der Gesetzeskunde. Dieser letztere Theil des Unterrichts würde zweckmässig einem höheren Medizinalbeamten, welcher an dem Orte, wo der Kursus stattfindet, seinen Sitz hat, zufallen. Es wären an der Hand der Dienstanweisung für die Kreisärzte die wichtigeren gesetzlichen Bestimmungen durchzugehen und an der Hand von praktischen Beispielen zu erläutern. Ein Praktikum in den hygienischen Untersuchungsmethoden in dem Universitätsinstitut für Hygiene, welches sich am Orte befindet, würde diesen Theil des Unterrichts ergänzen müssen.

Viertens sind unbedingt nothwendig: psychiatrische Fortbildungskurse. Ihre Nothwendigkeit ist anerkannt, sie wären aber zweckmässig mit den eben erwähnten Kursen in gerichtlicher Medizin, pathologischer Anatomie, sowie in Hygiene und Sanitätspolizei zu einem Ganzen zu vereinigen.

Es würde sich, was die Dauer der Kurse anbetrifft, empfehlen, dieselben nicht zu kurz und zwar nicht unter drei Wochen zu bemessen; eine kürzere Zeit würde nicht genügen, um eine gehörige Durcharbeitung des Lehrstoffes zu ermöglichen.

Wir unterbreiten unsere Vorschläge dem Urtheil der Fachgenossen und sind überzeugt, dass wir wohl in Aller Sinn gesprochen haben. Uns Medizinalbeamten liegt die Durchführung der uns übertragenen Funktionen am Herzen, wir sind bestrebt, zu leisten, was man von uns verlangt, und wir glauben, dass wir auch nach Möglichkeit allen Anforderungen gerecht geworden sind, aber wir sind uns bewusst, dass der bisherige Zustand eine Aenderung gebieterisch erfordert und dass man seitens der Staatsregierung, die sich für das Fortbildungswesen für die praktischen Aerzte zu interessiren begonnen hat, auch anerkannt wird, dass den Medizinalbeamten Fortbildungskurse erst recht nothwendig sind, wenn sie auch in Zukunft weiter das leisten sollen, was im Interesse der öffentlichen Wohlfahrt, der Hygiene und der Rechtspflege erforderlich ist.

Ueber die Abschätzung der durch Betriebsunfall verursachten Einbusse an Erwerbsfähigkeit.

Von
Radtke,
Kaiserl. Reg.-Rath.

Einen nicht unwichtigen Theil der gutachtlichen Thätigkeit des ärztlichen Sachverständigen auf dem Gebiete der Unfallversicherung bildet die Aeusserung über den Grad der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit des Verletzten. Allerdings hat die Ansicht des Arztes hierbei nicht in demselben Masse das Gewicht spezialwissenschaftlicher Sachkunde, wie bei der von ihm in seinem Gutachten zunächst zu erledigenden thatsächlichen Feststellung der pathologischen Veränderungen, welche die Unfallverletzung an dem Körper des Verunglückten verursacht hat, und ihrer physiologischen Wirkungen; es soll die Schätzung des an der Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch den Unfall entstandenen Schadens vielmehr sich vorwiegend auf die den Mitgliedern der Instanzen des Entschädigungsfeststellungsverfahrens beiwohnende eigene praktische Kenntniss derjenigen Anforderungen stützen, welche die verschiedenen Arten der Betriebsarbeit und sonstigen Erwerbsthätigkeit an die körperliche Leistungsfähigkeit des Versicherten stellen. Indessen hat auch in diesem Punkte das ärztliche Gutachten eine hervorragende Bedeutung für die instantiellen Entscheidungen gewonnen, hauptsächlich zunächst deshalb, weil die Frage, welchen Werth ein krankhaft veränderter Theil des Körpers

im Verhältniss zu dem normalen Gebrauchswerth des entsprechenden gesunden Theiles und des ganzen Körpers hat, oft, insbesondere bei inneren Leiden, bei Neurosen, Psychosen u. dergl., nur auf Grund medizinisch-wissenschaftlicher Kenntnisse beantwortet werden kann, und sodann, weil die mit der Entschädigungsfeststellung im Einzelfall befassten Organe und Behörden leider sehr häufig den Verletzten nicht selbst zu Gesicht bekommen, also auf den in dem ärztlichen Gutachten niedergelegten Befund angewiesen sind. Wie jeder Praktiker weiss, giebt ein solcher Befund bei komplizirten Verletzungen sowohl dem Laien auf medizinischem Gebiet — selbst wenn für einen solchen das Gutachten geschrieben ist — als auch dem Arzte selbst sehr oft kein so klares Bild, dass sich der Leser ohne eigene Anschauung ein einigermassen sicheres Urtheil über die körperliche Leistungsfähigkeit des Betreffenden bilden könnte. Es hat sich deshalb das dringende Bedürfniss überall geltend gemacht, dem Arzte ausser der Frage nach den medizinischen Unfallfolgen auch eine Frage nach dem Masse der Einbussse vorzulegen, welche die Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch erstere erlitten hat. Niemand, der Erfahrung auf dem Gebiete der Rechtsprechung in Unfallversicherungssachen besitzt, wird ernstlich leugnen wollen, dass die Aerzte das durch diese weitere Fragstellung bei der Einforderung von Gutachten in sie gesetzte Vertrauen im Allgemeinen durchaus rechtfertigen. Verfügt ja doch der erfahrene Arzt bekanntermassen in Folge seiner ihn mit allen Bevölkerungsschichten, jedenfalls aber mit den arbeitenden Klassen in stete Berührung bringenden Berufsthätigkeit in der Regel über ein hervorragendes Mass von Sachkunde auch auf diesem mehr wirthschaftlichen und technischen Gebiete; seine gutachtliche Ansicht darüber, was der einzelne Arbeiter noch in seinem bisherigen oder anderen Berufen mit den verbliebenen Körperkräften wird leisten können, und in welchem Verhältniss der bisherigen und der nunmehrigen Leistungsfähigkeit sich der zu ersetzende Schaden an der Erwerbsfähigkeit ausdrückt, muss daher für die mit der Rentenfeststellung betrauten Organe uud Behörden der Unfallversicherung werthvoll sein, selbst wenn die Letzteren sich hierbei mehr als bei der Festellung der medizinischen Unfallfolgen der Freiheit ihrer eigenen Ueberzeugung und ihrer eigenen Verantwortlichkeit für die Richtigkeit der Schätzung bewusst sein werden.

Eine nothwendige Voraussetzung des Werthes der ärztlichen Meinung auf diesem Gebiete bildet es aber zweifellos, dass bei der Abschätzung der durch die Unfallrente abzugeltenden Erwerbsunfähigkeit von rechtlich und mathematisch einwandsfreien Grundsätzen ausgegangen wird. Dies ist nach den Erfahrungen des Verfassers dieser Zeilen nicht immer der Fall, und häufig bleibt es wenigstens nach dem Wortlaute des Gutachtens zweifelhaft, ob der darin enthaltenen Angabe eines gewissen Prozentsatzes für das Mass der Schädigung die richtige, d. h. dem Gesetz entsprechende Anschauung zu Grunde lag und demgemäss dieser angegebene Satz zur Berechnung der Theilrente aus der Vollrente seitens der entscheidenden Stellen verwendet werden kann.

Nach Paragraph 9, Abs. 1 und 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 ist als Schadenersatz für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit eine Rente zu gewähren, die im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit $66^2/_3$ Prozent des Jahresarbeitsverdienstes (sog. Vollrente), im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit denjenigen Theil der Vollrente beträgt, welcher dem Masse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht (sog. Theilrente). Um diese „durch den Unfall herbeigeführte Einbusse“ zu ermitteln, werden nun derzeit fast allgemein thunlichst gewisse Erfahrungssätze benutzt, welche den Verlust gewisser Körpertheile oder andere häufig vorkommenden Schädigungen mit einem bestimmten Prozentsatz bewerthen und sich in der Praxis eingebürgert haben: der Verlust eines ganzen Beines wird auf 75, der des rechten Armes bei einem Rechtshändigen ebensohoch, der eines Unterschenkels bei erhaltenem Kniegelenk auf 60, der eines Auges auf 25 Prozent bei gewöhnlichen Tagearbeitern geschätzt. Man hält sich dabei aber oft wohl nicht genügend gegenwärtig, dass eine solche „Knochen- oder Gebrechenstaxe“, wie man diese Erfahrungstabelle wohl genannt hat, streng genommen, dem Gesetze keineswegs gerecht wird. Denn sie setzt voraus, dass die Einheit von 100, d. h. die den Vergleichsmassstab bildende, völlige Erwerbsfähigkeit bei allen Rentenbewerbern dieselbe, etwa eine „normale“ oder „durchschnittliche“ Erwerbsfähigkeit der Arbeiter — wenigstens der Arbeiter einer gewissen Klasse — sei, und dass das Gesetz dem Verletzten als Schaden den Ausfall ersetzen wolle, den er an dieser „normalen“, für ihn vielleicht, weil niemals erreicht, „idealen“ Erwerbsfähigkeit erlitten hat. Der Wortlaut des jetzigen und auch des früheren Unfallversicherungsgesetzes, sowie die Verhandlungen der gesetzgebenden Körperschaften, insbesondere bei der neuerlichen Gesetzesänderung und auch die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamtes lassen aber keinen Zweifel darüber zu, dass das Gesetz den dem Einzelnen entstandenen individuellen Schaden ersetzen will. Als Vergleichsmassstab für die Bewerthung der Unfallfolgen oder der — unter Berücksichtigung dieser — noch verbliebenen Erwerbsfähigkeit ist danach diejenige Erwerbsfähigkeit als „völlige“, d. h. hundertprozentige, heranzuziehen, die der Verletzte selbst vor dem Unfalle besessen hat, mag sie auch noch so sehr durch ältere Schäden oder Alter gegenüber der normalen geschmälert gewesen sein. Es ist also zu fragen, welchen Theil dieser damaligen individuellen Erwerbsfähigkeit der Verletzte durch die bestehenden Unfallfolgen eingebüsst hat. Bei der Beantwortung dieser Frage wird jene Taxe im Allgemeinen, nur dann ein richtiges Ergebniss liefern, wenn der Verletzte bei dem Unfall noch annähernd normal arbeitsfähig war; besass er damals nur einen geringen Prozentsatz der normalen (idealen) Erwerbsfähigkeit, so wird der Verlust einer der wenigen ihm noch als Faktoren der Erwerbsfähigkeit verbliebenen körperlichen Kräfte in Folge des Unfalls eine sehr veränderte Bedeutung für ihn haben. Den Schulfall hierzu bildet der Verlust des Auges bei einem Einäugigen; dieser Verletzte ist nicht um 25, sondern um 100 Prozent — seiner individuellen Erwerbsfähigkeit — durch den Unfall geschädigt worden und ihm gebührt die Vollrente. Ein anderer typischer Fall derselben Art ist kürzlich vom Reichs-Versicherungsamt entschieden worden. Ein Brikettformen-Schleifer und -Einleger, welcher in seinem Fach wegen seines schnellen und scharfen Sehens beim nothwendigen genauen Einpassen der Formen hervorragende Tüchtigkeit besass, im Uebrigen aber nach den ärztlichen Feststellungen in Folge von Herzschwäche, Magenleiden, Muskelzittern und sonstigen Gebrechen für andere Arbeitsthätigkeiten sehr wenig leistungsfähig war, hatte durch Betriebsunfall ein Auge völlig verloren. Während die Berufsgenossenschaft unter Hinweis auf die bekannte Taxe eine Rente von nur 30 Prozent der Vollrente gewähren wollte, hatte das Schiedsgericht mit der Begründung, dass der Verletzte als Spezialarbeiter anzusehen sei, für welchen ein gutes und doppelseitiges Sehen einen höheren Werth hat und die Voraussetzung seiner Verrichtungen bildet, die Rente auf 50 Prozent erhöht. Das Reichs-Versicherungsamt ist dem Schiedsgericht insofern beigetreten, als es die Rente auf 40 Prozent feststellte und in seiner Entscheidung ausführte, dass im gegebenen Falle ein Hinausgeben über jenen Durchschnittssatz geboten sei, weil in jedem Falle die besonderen Umstände in Betracht gezogen

werden müssten, auf denen die Erwerbsfähigkeit des Verletzten zur Zeit des Unfalls beruht hätte, und dass im Verhältniss zu dieser damaligen individuellen Erwerbsfähigkeit der Schaden zu schätzen sei, welcher durch die Unfallrente vergütet werden soll.

In den meisten Fällen sind sich wohl die begutachtenden ärztlichen Sachverständigen, wie anerkannt werden muss, der beschränkten Anwendbarkeit jener Einheitssätze und der Nothwendigkeit, den Zustand des Verletzten kurz vor dem Betriebsunfall als den völliger individueller Erwerbsfähigkeit anzusehen, wohl bewusst, und es kommt dies auch dadurch zum Ausdruck, dass je nachdem die individuelle Erwerbsfähigkeit des Verletzten von der normalen erheblich abweicht, die in den Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts auch für den Normalfall stets offen gelassenen Abweichungen nach oben gewählt oder darüber hinaus noch einige Prozente zugeschlagen wurden. Vielfach aber wird der richtige Gesichtspunkt auch offensichtlich verkannt, so dass, wenn nicht eine Rückfrage angezeigt ist, die rechtsprechende Instanz den Fehler kraft des ihr beiwohnenden Rechts, die Einbusse an Erwerbsfähigkeit selbst festzustellen, im Wege eigner freier Beurtheilung beseitigen muss. In einer grossen Anzahl von Fällen endlich aber können Zweifel darüber bestehen, welche Erwerbsfähigkeit der Gutachter zur Einheit genommen hat, und es muss deshalb jedenfalls als wünschenswerth bezeichnet werden, dass der Sachverständige in dem Wortlaut seines Gutachtens stets selbst deutlich zum Ausdruck bringt, was er unter der hundertprozentigen Erwerbsfähigkeit, nach der er die Einbusse bemisst, verstanden hat.

Dieser Wunsch erscheint um so berechtigter, als in einigen besonderen Fällen das Gesetz der Berechnung der Vollrente nicht wie in dem Falle des § 9 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 den Individual-Jahresarbeitsverdienst des Verletzten in dem letzten Jahre vor dem Betriebsunfall — vgl. § 10 Abs. 1 bis 3 a. a. O. — sondern einen gesetzlich fest bestimmten und einheitlichen Jahresverdienstbetrag zu Grunde gelegt wissen will, und dies zu der Ansicht verleiten kann, dass in diesen Fällen nicht die individuelle, sondern die entsprechende normale Erwerbsfähigkeit den Vergleichsmassstab zu bilden habe. Nach § 10 Abs. 4 a. a. O. soll bei versicherten Personen, welche keinen Lohn oder weniger als den dreihundertfachen Betrag des für ihren Beschäftigungsort festgestellten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher erwachsener Tagearbeiter beziehen (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes) als massgebender Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns gelten. Ferner ist nach § 10 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft vom 30. Juni 1900 für die Rente der gewöhnlichen land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter — im Gegensatz zu den Betriebsbeamten und sogenannten Facharbeitern (§ 1 Abs. 6 und § 9 dieses Gesetzes), welche in der Regel nach dem Individuallohn entschädigt werden, — der von der höheren Verwaltungsbehörde für derartige Personen festgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen. Endlich ist bei den land- und forstwirthschaftlichen Betriebsbeamten und Facharbeitern, wenn ihr thatsächlicher Jahresarbeitsverdienst nicht das Dreihundertfache des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter erreicht, nach § 12 Abs. 2 a. a. O. dieses letztere Dreihundertfache massgeblich. In allen diesen Fällen hat die Ermittelung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit, welche den Renten-Prozentsatz bestimmt, ebenfalls von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor dem Unfalle auszugehen. War der Verletzte in Fällen dieser Art bereits theilweise erwerbsunfähig vor dem Unfalle, so wird der zur richtigen Bemessung des Schadensersatzes nöthige Ausgleich von dem Gesetze durch die besondere Vorschrift erreicht, dass jener gesetzliche einheitliche Jahresarbeitsverdienst nur zu demjenigen Theile für die Berechnung der Vollrente heranzuziehen ist, welcher dem Masse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht — § 10 Abs. 5 des G. U. V. G., § 13 des U. V. G. für Land- und Forstwirthschaft. Es wird dadurch ein dem Zustande der Verletzten zur Zeit des Unfalls angemessener individueller Jahresarbeitsverdienst gefunden, in dem sich nach der grundsätzlichen Annahme des Gesetzes die die Grundlage der Schadensbemessung bildende völlige, d. h. 100prozentige Erwerbsfähigkeit ausprägen soll.

Wird übrigens dem ärztlichen Sachverständigen in den letzterwähnten Fällen die Frage vorgelegt, in welchem Masse der Verletzte bereits vor dem Unfalle theilweise erwerbsunfähig war, so hat er hierbei allerdings natürlich nicht von der individuellen letzten Erwerbsfähigkeit des Verletzten, sondern von der normalen Erwerbsfähigkeit derartiger Arbeiter überhaupt als der hundertprozentigen Einheit auszugehen.

Es lässt sich nicht verkennen, dass die genaue Befolgung dieser Bestimmungen dem ärztlichen Gutachter vielfach unerfreuliche Schwierigkeiten bereiten wird, indessen es hängt davon andererseits der Werth seiner Ansicht für die rechtsprechende Instanz ab. Zuzugeben ist freilich auch, dass manchmal praktischer Sinn und Verständniss für das wirthschaftliche Leben und das Dasein des Arbeiters trotz unrichtigen Ansatzes der Rechnung eine im Endergebniss richtige Bewerthung der zu entschädigenden Einbusse an Erwerbsfähigkeit gefunden haben.

(Aus dem Institut zur Behandlung von Unfallverletzten.)

Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma.

Von

Dr. P. Stolper-Breslau.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Die Syringomyelie, eigentlich erst seit 1882 durch Kahler und Schultze ziemlich gleichzeitig als ein nicht nur dem pathologischen Anatomen, sondern auch dem Kliniker erkennbares Krankheitsbild aufgestellt, ist jetzt stark in den Vordergrund des Interesses gerückt. Hermann Schlesinger, wohl der beste Kenner dieser Krankheit, kommt in seinem eben erschienenen ausgezeichneten Werk (Die Syringomyelie, II. Auflage Leipzig und Wien 1902) zu dem frappirenden, aber in seiner gediegenen Arbeit wohlbegründeten Schluss: „Nach meiner Ueberzeugung ist die Syringomyelie bezw. die zentrale Gliose eine der häufigsten Rückenmarkskrankheiten und dürfte, was Häufigkeit anbelangt, gleich hinter der Tabes, den luetischen und Kompressionserkrankungen des Rückenmarks rangiren.“ Wenn dieser Satz erst Gemeingut aller Aerzte geworden sein wird, wenn man bei Sensibilitätsstörungen, bei entzündlichen Dermatosen, bei Gelenkerkrankungen ebenso häufig an Syringomyelie denken wird, wie man etwa bei Furunkulose oder Gangrän der Gliedmassen an Diabetes denkt, dann wird zweifellos dieses interessante, jeden Diagnostiker fesselnde Krankheitsbild noch viel häufiger gefunden und beschrieben werden, als dies jetzt schon der Fall ist. Schlesinger hat seine Ausführungen, das ist bemerkenswerth! auf mehr als 120 eigene klinische und mehr als 30 anatomisch untersuchte Eigenbeobachtungen stützen können; über weitere 600 neue Veröffentlichungen berichtet er ausserdem. Die Syringomyelie kann also nicht mehr als seltene Krankheit angesehen werden. Es ist daher nothwendig, dass auch der praktische Arzt und besonders der Gutachter die Krankheit in seinen Gedankenkreis mehr und mehr einbezieht.

Es soll im Folgenden nicht die Frage erörtert werden, inwieweit ein Trauma überhaupt, insbesondere ein solches,

welches direkt oder indirekt die Wirbelsäule oder das Rückenmark betrifft, eine Syringomyelie hervorrufen oder verschlimmern kann. Nur nebenher sei erwähnt, dass nach den Erfahrungen Schlesingers und Kienböcks, welch letzterer uns eine grosse Arbeit über dieses Thema für die nächste Zeit in Aussicht stellt, es auszuschliessen ist, dass eine periphere Verletzung irgend welcher Art, etwa durch aszendirende Neuritis, zu Syringomyelie führen kann. Für die eigentliche Syringomyelie nimmt Schlesinger an, dass sie entweder angeboren ist oder aber, dass eine kongenitale Anlage durch anderweitige Irritamente, wie Infektionskrankheiten, Gravidität, Temperatureinflüsse und Traumen zur Weiterentwickelung gebracht wird, doch hält auch hierfür er den strikten Beweis durch klinische Beobachtung noch nicht für erbracht.

Meine Aufgabe möchte ich dahin umgrenzen, an der Hand einer eigenen Beobachtung hinzuweisen **auf die bei Syringomyelie vorkommenden Gelenkerkrankungen und ihre versicherungsrechtliche Bedeutung.**

Der betreffende Fall ist folgender.

Der Gartenarbeiter K., alt 46 Jahre, wurde uns am 16. November 1901 zur Begutachtung überwiesen mit der besonderen Frage, inwieweit seine gegenwärtige Erkrankung des rechten Ellenbogens mit einem Unfall im Oktober 1900 in ursächlichem Zusammenhange stehe. K. war zur Untersuchung vom 16. bis 23. November 1901 in dem obengenannten Institut.

Aus den Akten ergab sich Folgendes: Am 20. Mai 1901 wurde der Berufsgenossenschaft gemeldet, dass K. am 29. Oktober 1900 einen Bruch des rechten Arms erlitten habe, indem er mit einer Karre ausgeglitten und hingefallen sei. Ein Zeuge erklärt, dass er von dem Falle selbst zwar nichts gesehen habe, K. habe ihm aber an dem Unfallstage erzählt, „dass ihm, als er die Karre umkippen wollte, im rechten Arm etwas passirt sei.“ „Den Arm zeigte er mir vor und ich habe gesehen, dass derselbe etwas angeschwollen war.“

Ein am 6. Juli 1901 abgegebenes, sehr ausführliches und die sehr verwickelt liegenden besonderen Umstände durchaus berücksichtigendes Gutachten des erstbehandelnden Arztes, Herrn Dr. R., berichtet im Wesentlichen Folgendes. K. kam am 30. Oktober 1900 in seine Behandlung mit der Angabe, er sei auf die rechte Hand gefallen, hätte danach noch arbeiten wollen, aber der rechte Arm war vollständig kraftlos und konnte nicht mehr erhoben werden.

Herr Dr. R. hatte, wie er mir dazu brieflich mittheilte, die Diagnose auf progressive spinale Muskelatrophie gestellt mit Rücksicht auf die typische Krallenhand und weil er aus dem Schwalbeschen Lehrbuch ersah, dass auch bei dieser Krankheit trophische Störungen wie die vorliegende in Gelenken und Knochen vorkommen. Die Herabsetzung der Schmerzempfindung hatte er auch festgestellt, sie hatte ihn übrigens auch an Syringomyelie denken lassen. „Zu der Annahme einer Fraktur hat mich vor Allem der ganz plötzliche Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit bezw. der Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms bestimmt.“ Eine Röntgenphotographie schien seine Annahme überdies zu bestätigen.

Die damalige Untersuchung ergab — nach dem Gutachten des Herrn Dr. R. — „einen Schrägbruch des rechten Oberarmknochens im Ellbogengelenk und eine Zerreissung der Gelenkkapsel. Auffallend war der im Verhältniss zur Schwere der Verletzung sehr geringe Schmerz. Auch die sonstigen Reiz- und Entzündungserscheinungen, Bluterguss etc. waren recht unbedeutend.“ Beachtenswerth ist, dass Herr Dr. R. hinzufügt: „Der Befund ist heute am 6. Juli 1901 ziemlich derselbe wie am 30. Oktober, nur mit dem Unterschiede, dass das Schlottergelenk heute noch mehr in die Erscheinung tritt als damals.“ Er führte diese besonderen Erscheinungen, wie schon erwähnt, auf ein chronisches Rückenmarksleiden zurück.

Nachträgliche Erhebungen seitens der Berufsgenossenschaft ergaben, dass K. den fraglichen Unfall nicht am 29. Oktober, sondern schon am 19. Oktober 1900 erlitten hat. Er blieb dann bis zum 29. aus der Arbeit weg, ohne den Kassenarzt in Anspruch zu nehmen. Es ergab sich ferner, dass K. schon vor 18 Jahren einmal einen Bruch des linken Arms auf einer Grube in Russ. Polen sich zugezogen hat und dass er dafür eine Rente von zehn Mark monatlich bezieht.

Da der später anzuführende objektive Befund bei uns die Symptome einer Syringomyelie ergab, so ging ich weiter der Anamnese nach. K. giebt an, dass er als Kind ganz gesunde Hände und Gliedmassen überhaupt gehabt habe. Aber schon bei der Gestellung als Soldat sei er zurückgewiesen worden wegen Verkrümmung des 4. Fingers der rechten Hand. Nach seiner Ansicht sei diese entstanden in Folge der Grubenarbeit, wo er oft lange im Wasser stehen musste. Er sei immer ein rüstiger Arbeiter gewesen, was auch daraus hervorgeht, dass er — laut Schein von 1891 — als meistberechtigtes Mitglied in die Knappschaft aufgenommen worden ist. Dies geschieht auf Grund einer ärztlichen Untersuchung. 1897 seien ihm auch die anderen Finger der rechten Hand in Beuge-

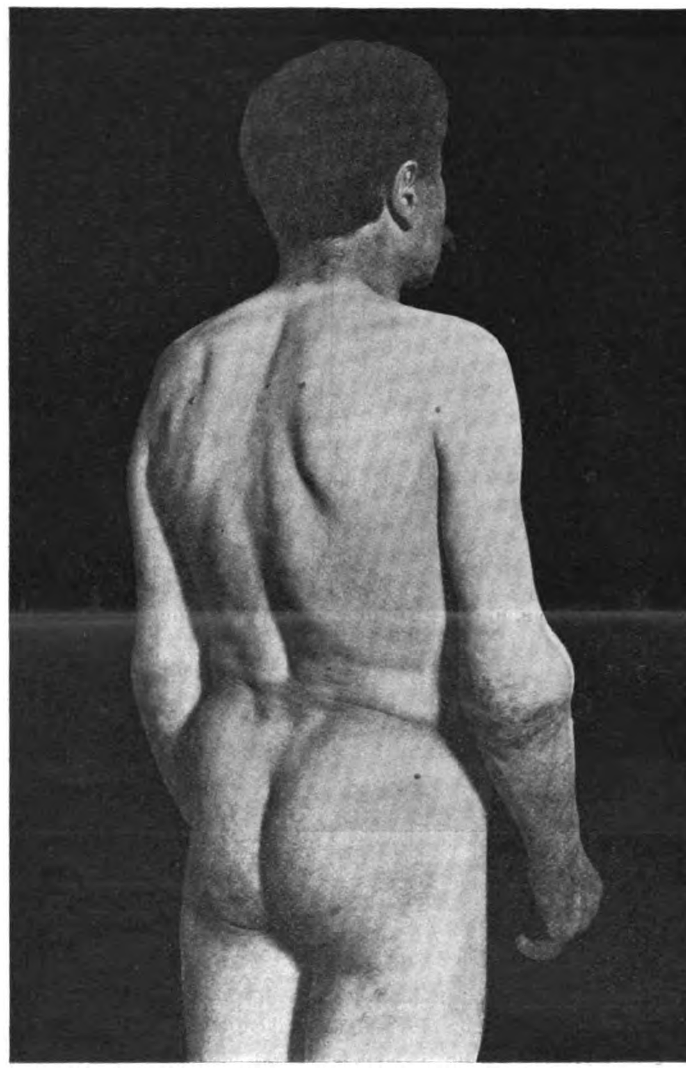


Fig. 1. Syringomyelie. Leichte Kyphoscoliose im Brust- und unteren Halstheil der Wirbelsäule. Abstehen des rechten Schulterblattes. Muskelschwund am rechten Oberarm. Verdickung des r. Ellenbogengelenks.

stellung versteift. Um jene Zeit sei ihm ärztlicherseits die Absetzung der Finger empfohlen worden, doch habe er dies abgelehnt. Es scheint, dass K. im Jahre 1892 schon eine Rente beantragt hat wegen Fingerverletzung der linken Hand, dass er aber vom Schiedsgericht damit abgewiesen worden ist. Nach der Verletzung in Russ. Polen 1882, die nicht nur den linken Arm, sondern auch den Kopf und besonders das Kreuz betroffen habe (Kohlenfall), sei er 7 Monate krank gewesen und habe davon 5 Monate in einem Lazareth in Sosnowice krank gelegen. Er sei dann noch lange am Stock gegangen, wegen Schmerzen und Schwäche im Kreuz. Nach 1892 habe er die Grubenarbeit aufgeben müssen und seitdem nur 1,50 M. täglich im Winter, im Sommer 2,50 M. bei Gartenarbeit verdient.

K. schildert den Unfall vom 19. Oktober 1900, wie folgt. Er habe einen bodenbeladenen Karren auf einem Laufbrett entlang ge-

schoben. Das letztere war schlüpfrig, und als er am Ziel den Boden ausschütten wollte durch Umkippen der Karre, da sei er mit dem einen Knie und mit der rechten Handtellerfläche auf das Brett aufgefallen. Er habe seine Frau, die ihm eine halbe Stunde später das Mittagessen brachte, nach Hause begleitet, da er wegen Schmerzen im rechten Arm nicht weiter arbeiten konnte. Der oben erwähnte Zeuge habe den Unfall dem Beamten melden sollen und wollen; zum Arzt sei er erst nach 9 bis 10 Tagen gegangen, weil ihn die Frau nicht ins Krankenhaus lassen wollte. Diese habe ihm in der Zwischenzeit nasse Handtücher um den kranken Ellbogen umgelegt.

Bei den vom 16. bis 23. November 1901 täglich vorgenommenen Untersuchungen des K. ergab sich im Wesentlichen Folgendes.

Die subjektiven Beschwerden beziehen sich zur Zeit (am 23. November 1901) blos auf den rechten Arm. Er könne jetzt keine Schippe mehr heben mit der rechten Hand. Er habe zwar auch vor dem Unfall nur mit Zeigefinger und Daumen der beiden Hände zufassen können, jetzt sei er aber blos auf die linke Hand angewiesen.

Der objektive Befund ist folgender:

K. ist ein kleiner (156 cm grosser), im Gesicht gesund aussehender, gut genährter Mensch. Die Gesichtshaut zeigt Spuren überstandener Pocken; dieselben hat er als Kind von etwa 10 Jahren gehabt. Der Brustkorb ist gut gewölbt, aber nicht ganz symmetrisch. Der Grund davon ist eine Verbiegung der Wirbelsäule, die vom 2. Brustwirbeldornfortsatz nach rechts hin sich leicht ausbiegt (Abbildung 1) und erst im Bereich des 1. Lendenwirbels zur Mittellinie zurückgeht. Lässt man den K. nach vorn beugen, so erscheint rechts ein leichter Rippenbuckel. Das rechte Schulterblatt steht ein wenig weiter als das linke vom Brustkorb ab.

Der linke Arm kann im Schultergelenk gut erhoben werden, der rechte nur etwas über die Horizontale, obwohl die passive Beweglichkeit im Gelenk eine normale ist.

Der rechte Arm zeigt eine erhebliche Abweichung von der Norm in seiner äusseren Form. Der Ellbogen ist im Ganzen verdickt, die Muskulatur des rechten Oberarms dagegen verschmächtigt. Insbesondere tritt in der Höhe des Ellbogengelenks eine Anschwellung an der Aussenseite des Arms deutlich hervor.

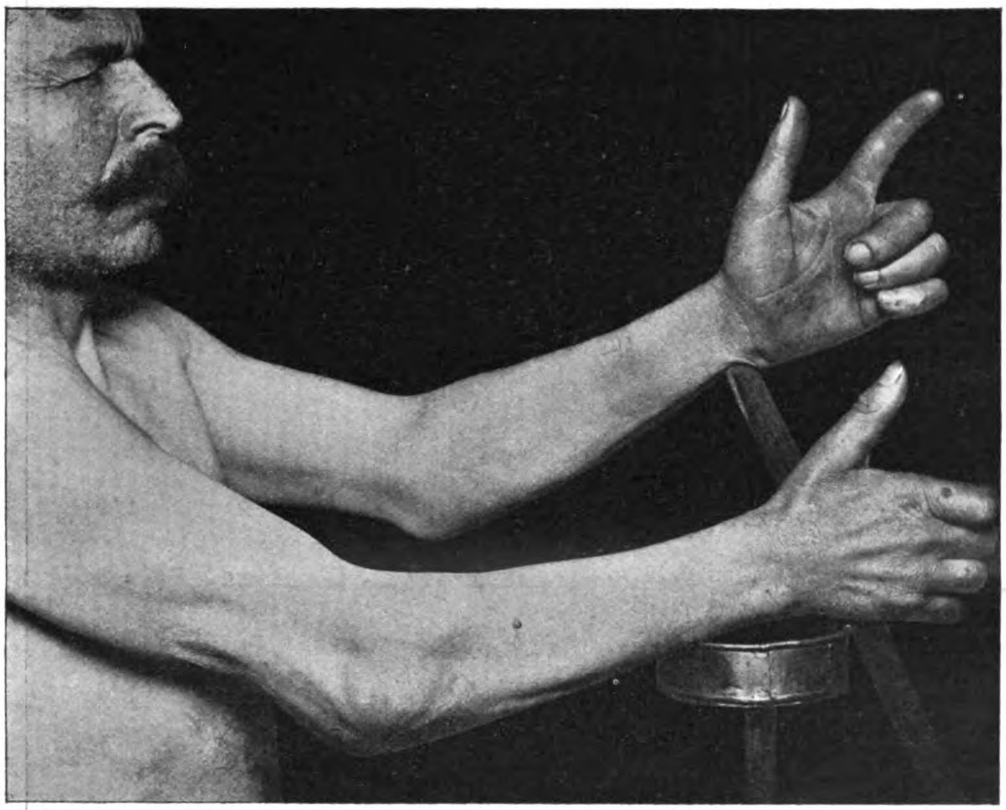


Fig. 2. Syringomyelie. Die Finger beider Hände in maximaler aktiver Streckung und Spreizung. Schwund der kleinen Handmuskeln. Verdickung des r. Ellbogens.

Wenn man passive Bewegungen im rechten Ellbogengelenk macht, hört man ein deutliches Knirschen und Krachen. Die Beweglichkeit ist eine ungewöhnlich ausgiebige bei passiver Drehung des Unterarms. Die stark ausgeweitete Gelenkkapsel ist prall erfüllt von theils flüssigem, fluktuirendem, theils derb-weich anzufühlendem Inhalt. Die Gelenkanschwellungen der Elle und Speiche fühlen sich unregelmässig verdickt an, während der Durchmesser des unteren Endes des Oberarmbeins geringer als in der Norm zu sein scheint.

Bei Röntgendurchleuchtung erkennt man, dass letzteres stark abgeschliffen ist und nicht wie eine Rolle, sondern wie ein Keil mit zwei glatten Flächen gegen die Unterarmknochen artikulirt.

Das rechte Handgelenk ist passiv nach allen Richtungen gut beweglich; man fühlt dabei kein Knarren im Gelenk.

Aktiv kann der rechte Arm im Ellbogengelenk bis zu einem Winkel von 80 Grad gebeugt werden, doch hat K. dabei sehr wenig Kraft im Arm. Auch weicht gelegentlich der Unterarm im Ellbogengelenk nach der einen oder anderen Seite aus. Die aktive Beweglichkeit im Handgelenk ist etwa um die Hälfte eingeschränkt, sowohl was die Streckung als was die Beugung anbelangt. Die aktive seitliche Beweglichkeit ist annähernd normal.

An den Händen sind beiderseits der 3. bis 5. Finger im Mittelgelenk mehr oder weniger versteift und zwar am stärksten beiderseits der vierte Finger, der an der rechten Hand im Grundglied stark verdickt ist. Die Finger bleiben bei maximaler Streckung ungefähr in einem Winkel von 110 Grad stehen. Etwas besser streckbar sind der vierte und der fünfte Finger. Am dritten und fünften Finger der linken Hand, sowie am Zeigefinger der rechten finden sich linsengrosse Hautwarzen, an der linken Hand einige kleine Wundschorfe. Die Fingerkuppe des dritten rechten Fingers ist narbig missstaltet. Die Kleinfingerballen sind an beiden Händen wenig entwickelt, schlaff anzufühlen. An der rechten Hand ist auch der Daumenballen schlaff anzufühlen, deutlich verdünnt. Anstatt des Muskelwulstes zwischen Daumen und Zeigefinger-Mittelhandknochen bleibt auch bei zusammengeführten Fingern eine tiefe Delle bestehen. Die kleinen Handmuskeln zwischen den Mittelhandknochen der rechten Hand sind gleichfalls verdünnt. (Dellen).

Der Faustschluss ist an der rechten Hand sehr unvollkommen. Der kleine Finger kann aktiv mit der Beere nur bis auf 2 cm an den Handteller herangeführt werden; passiv ist es vollständig ausführbar. Auch der Zeigefinger bleibt aktiv eine Spur zurück. Der Daumen kann gut, aber ohne grosse Kraft eingeschlagen werden. Bei der Streckung bleiben der dritte und vierte Finger, wie schon gesagt, erheblich zurück. Auch der Zeigefinger kann aktiv nicht ganz gestreckt werden. Beim Faustschluss wird nur ganz geringe Kraft entwickelt. Die Mittelhandknochen sind aussergewöhnlich leicht gegeneinander verschiebbar. An der rechten Hand ist nur der kleine Finger abspreizbar. (Abbildung 2.)

An der linken Hand sind der 3., 4. und 5. Finger im Grundgelenk durchweg über die Norm streckbar, der Zeigefinger aber im Endgelenk nicht vollständig streckbar. Der 3., 4. und 5. Finger sind im Mittelgelenk aktiv gar nicht streckbar. Bei passiver Streckung kann der Winkel nur bis 110 Grad erweitert werden. Der Daumen ist gut und kräftig einschlagbar. Die Finger können mit den Kuppen dem Daumen gut gegenübergestellt werden. Die Mittelhandknochen sind normal gegen einander verschieblich. Das nicht verdickte Handgelenk ist aktiv und passiv gut beweglich, frei von Reiben und Schmerz.

Im linken Handteller sitzt eine 5 cm lange, schmerzlose Narbe. An beiden Handtellern starke Schwielenbildung.

Der Umfang des Oberarms am Ansatz des Oberarmhebemuskels

beträgt rechts 25, links 28 cm, in der Mitte rechts 23, links 28 cm, der Umfang des Ellbogens rechts 30,5, links 27 cm, des Unterarms in der Mitte rechts 23,5, links 25 cm.

Am linken Ellbogen, dessen aktive und passive Beweglichkeit eine gute ist, fühlt man bei Bewegungen leichtes Knarren und es ist in der Ellenbeuge einwärts vom inneren Gelenkknorren ein spitzer Knochenstachel (Fig. 4) zu fühlen und bei angespannter Haut auch zu sehen, von dem nicht recht zu sagen ist, ob er mit einem der das Gelenk zusammensetzenden Knochen zusammenhängt oder in der Muskulatur drinsitzt. Beim Beugen des Armes schiebt er sich mit den Unterarmknochen hin und her.

Die Untersuchung des Centralnervensystems ergiebt folgende Verhältnisse:

K. steht, ohne zu schwanken, mit geschlossenen Augen bei jeder gewünschten Kopfhaltung. Die Pupillen sind mittelweit, gleich weit, reagieren gut auf Lichteinfall. Das Gesichtsfeld beider Augen ergiebt mittlere Grenzen.

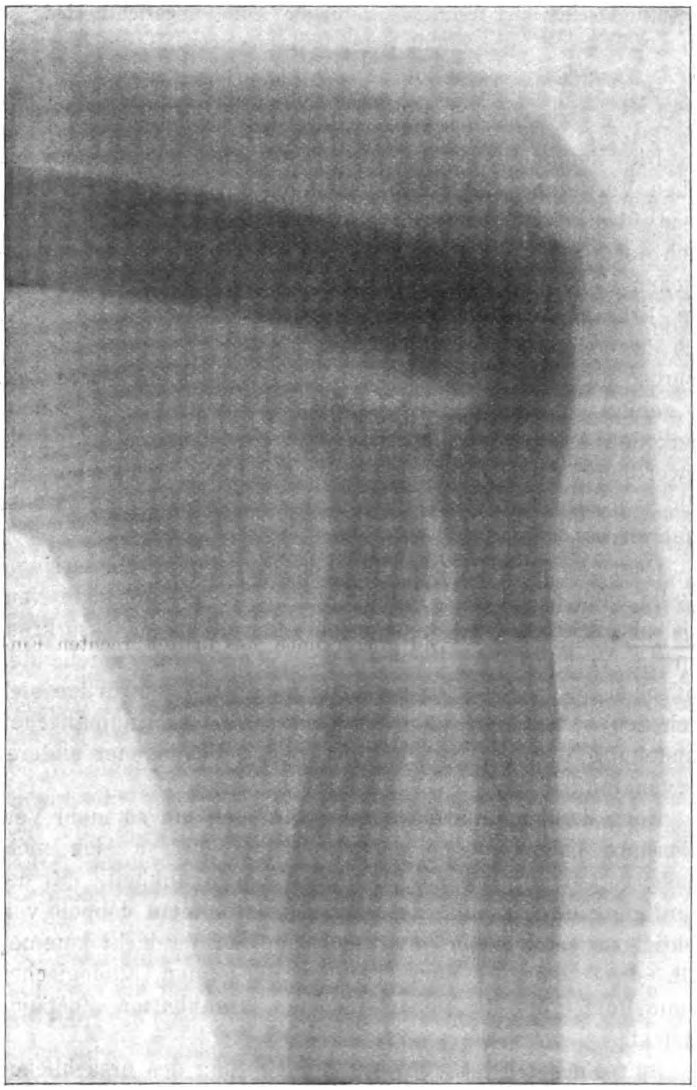


Fig. 3. Schwere Veränderung des rechten Ellbogengelenks bei Syringomyelie.

Die Sprache des K., der nur des Polnischen mächtig ist, ist deutlich. Die Kniescheibenband- und Fusssohlenkitzelreflexe sind ein wenig leichter als gewöhnlich auslösbar. Die Prüfung der Fühlfähigkeit ergiebt: 1. eine Herabsetzung der Empfindung für Berührung in stärkerem Grade an der Streckseite des rechten Unterarms und der Streckseite der Hand, in geringerem Grade auch an der Beugeseite des Unterarms und der Hand, sowie in der unteren Hälfte des Oberarms. Eine vollständige Gefühllosigkeit für Schmerz (Nadelstiche) an der Streckseite des Unterarms und eine fast vollständige Aufhebung des Schmerzgefühls an der Hand und an der Beugeseite des Unterarms, eine deutliche Herabsetzung an der Haut der Streckseite der unteren Hälfte des Oberarms.

Die Prüfung der Temperaturempfindung ergiebt völlige Aufhebung derselben in gleicher Weise für kalt und warm an der Streckseite des Unterarms, der Hand und der Finger, eine sehr erhebliche Herabsetzung der Empfindung für heiss an der Beugeseite des Unterarms und der Hand, eine geringe Herabsetznng für heiss und kalt auch am rechten Oberarm.

An der linken Hand wird eine Herabsetzung des Gefühls für Schmerz, Berührung, heiss und kalt nur an den Fingern festgestellt. Bei der Schwierigkeit, sich mit dem K. verständlich zu machen, ist es trotz des guten Willens desselben nicht möglich, scharfe Grenzen bezüglich der Empfindungsfähigkeit bei K. festzustellen. Doch ist im Allgemeinen eine streifenförmige Anordnung der Sensibilitätsstörung nachweisbar. Die elektrische Erregbarkeit ist an den Muskeln des Ober- und Unterarms rechts etwas herabgesetzt.

An der Muskulatur des Daumenballens, der Zwischenknochenmuskeln der rechten Mittelhand und des Kleinfingerballens ist die faradische Erregbarkeit völlig aufgehoben, an der linken Hand normal. Die Schmerzempfindung selbst bei starken Strömen ist an den geschwundenen Muskeln der rechten Hand aufgehoben, an den Muskeln des Unterarms erheblich herabgesetzt.

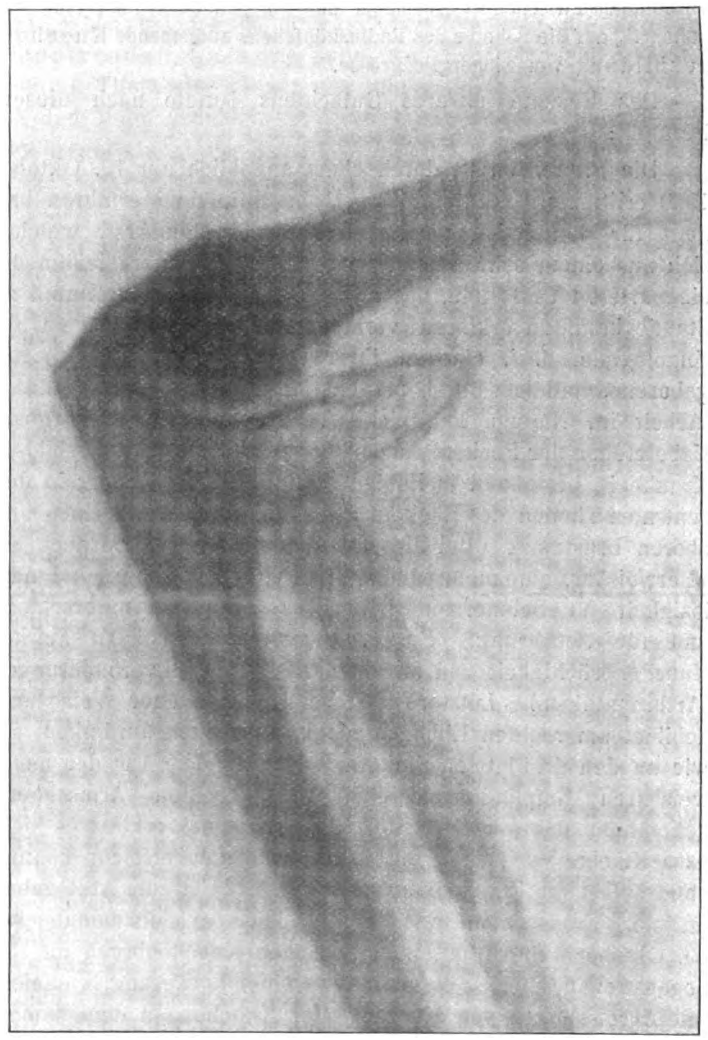


Fig. 4. Linker Ellbogen bei Syringomyelie. Knochenneubildung in der Gegend des Speichenköpfchens.

K. macht seine Angaben in durchaus glaubhafter Weise.

Die Röntgenphotographieen der beiden Ellbogengelenke lassen Folgendes erkennen.

Im rechten Ellbogen (Abbildung 3) ist die Articulatio humeroulnaris vollständig zerstört. Die Rolle des Oberarmbeins ist offenbar völlig ihres Knorpelbelages verlustig gegangen, der knöcherne Schaft sitzt unmittelbar in der Aushöhlung des Ellenendes drin. Die über die Spitze des Olecranons hinausreichenden Schatten sind knöcherne Neubildungen in der Gelenkkapsel und ausserhalb derselben. Auch die ungewöhnlich starke Schattirung des Olecranons

ist auf die fühlbaren, knochenharten Einlagerungen in der Umgebung des Gelenks zurückzuführen.

Das Radiusköpfchen erscheint wie bei einer traumatischen Luxation am Humerusschaft nach oben dislozirt und unverhältnissmässig weit von ihm abstehend. Leichte Wolken an der dem Radiusköpfchen zugekehrten Seite des Humerus deuten auf periostale Knochenwucherung hin. Auch in dem den Radius an die Ulna fixirenden Ligament. annulare scheinen verknöchernde Prozesse sich abzuspielen, da der Schatten stärker als derjenige eines einfachen Bandes ist. Jedenfalls lässt das Bild im Ganzen aufs Deutlichste erkennen, dass wir es mit einer an der ganzen Fläche des articulatio humero-ulnaris sich abspielenden deformirenden Gelenkerkrankung zu thun haben. Es lässt sich keinesfalls das Bild einer typischen Humerusfraktur herauslesen.

Das linke Ellbogengelenk (Abbildung 4) ergiebt viel geringfügigere, obwohl auch erkennbare, Veränderungen in der Gelenkverbindung zwischen Oberarmbein und Elle, daneben aber eine sich helmartig auf die Scheibe des Radiusköpfchens aufsetzende Knochenneubildung von Fingergliedgrösse.

Das Resumé unseres Gutachtens lautete nach diesem Befunde:

Die Frage, ob K. durch einen angeblich am 19. Oktober 1900 erlittenen Unfall eine Erwerbsbeschränkung erfahren hat, liegt für den Laien verwickelter als für den Arzt, welcher sich aus einem sehr alten chronischen Rückenmarksleiden die eigenartigen Umstände, unter denen der angebliche Unfall zu Stande kam, zu erklären vermag. K. leidet nämlich an Syringomyelie, d. i. eine in ihrer Anlage wahrscheinlich angeborene, vielleicht durch mancherlei krankmachende Einflüsse (Arbeit im Nassen, zahlreiche Verletzungen beim Bergbau, Ueberstehen der Pocken) im späteren Leben mehr ausgebildete Krankheit, bestehend in Höhlenbildung und Verhärtung in den zentralen Theilen des Rückenmarks, hier im unteren Hals- und oberen Brustmark. Bei diesem Leiden besteht, wie auch bei K. erweisbar, eine mehr oder weniger vollständige Empfindungslosigkeit für Schmerzeindrücke, für Temperaturunterschiede und für Berührung. Ferner kommt es dabei zu starker Knochenbrüchigkeit und zu eigenartigen Gelenkveränderungen (Arthropathieen). Letztere sind bei K. in seltener Weise ausgebildet am rechten Ellbogengelenk, aber auch am linken, sowie an den drei letzten Fingern beider Hände. Aus der nachweisbaren Empfindungslosigkeit des rechten Arms (ausgenommen das obere Drittel des Oberarms) erklärt es sich, dass K. eine Verletzung am rechten Ellbogen erleiden konnte, ohne selbst die Empfindung zu haben, dass er zum Arzt gehen müsste. Es ist nicht anzunehmen, dass es sich damals (am 19. Oktober 1900) um einen typischen Knochenbruch im Ellbogen gehandelt hat, es ist nur zu einer Lockerung, vielleicht mit Abreissungen von Knorpel oder Knochen an dem damals zweifellos schon hochgradig veränderten Gelenk gekommen. Jedenfalls ist durch jenen angeblichen Fall auf die Hand die freilich schon stark geminderte Gebrauchsfähigkeit des Arms, mit dem K. damals doch noch eine beladene Karre halten und schieben konnte, vollends aufgehoben worden. Auch der Muskelschwund an der rechten Hand und am rechten Arm ist auf das alte Rückenmarksleiden zurückzuführen; derselbe ist aber jetzt, nachdem die Festigkeit im rechten Ellbogengelenk verloren gegangen ist, dem K. erst in erhöhtem Masse zum Bewusstsein gekommen.

Die Frage, ob der „Knochenbruch“ oder, wie wir es lieber nennen wollen, die jetzt bestehende Ausbildung eines Schlottergelenks bei der Verrichtung der gewöhnlichen Betriebsthätigkeit eingetreten ist, müssen wir verneinen. Selbst wenn er nicht auf den Arm gefallen wäre, wie K. angiebt, sondern nur beim Umkippen eine Auseinanderzerrung im Gelenk erlitten hätte, so müsste man das als Unfall ansehen, dem freilich nicht allein ursächliche Bedeutung für die Erwerbsfähigkeitsverminderung, wohl aber diejenige eines verschlimmernden Momentes zuzuerkennen ist.

Da auch die linke Hand des K. in ihrer Gebrauchsfähigkeit eingeschränkt ist, so fällt der Verlust an Gebrauchsfähigkeit des rechten für K. um so schwerer ins Gewicht. Wir müssen deshalb die Folgen des Unfalls vom 19. Oktober 1900 verhältnissmässig hoch veranschlagen, nämlich auf 60 Prozent.

(Schluss folgt.)

Raynaud'sche Krankheit und Trauma.

(Nach einem Vortrag, gehalten auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg, Abth. f. gerichtl. Med., 22. Sept. 1901.)

Von

Dr. **Emil Schäffer**-Bingen,

Grossherzogl. Kreisarzt.

Die Begutachtung von Unfallverletzten hat bekanntlich neben Vertiefung und erheblicher Erweiterung unserer Kenntnisse über die Folgezustände traumatischer Schädlichkeiten auch das recht häufig zu Tage tretende Bestreben der ätiologischen Ueberschätzung des Trauma bewirkt. Und gerade bei den Erkrankungen des Nervensystems hat dieses Bestreben sich besonders bemerkbar gemacht, von der traumatischen Neurose aus dem Jahre 1889 beginnend bis in die letzte Zeit. Es genügt ein kurzer Hinweis auf die Tabesfrage, für welche Dank den Arbeiten von Hitzig, Bernhard und Mendel die Bewerthung des Trauma in der Aetiologie entgegen der Ansicht von Klemperer die gebührende Einschränkung wieder erfahren hat.

Das gleiche Schicksal hatte die Entstehung der Syringomyelie nach peripheren Verletzungen, die ascendirende Neuritis als Erklärungsversuch chronischer Rückenmarkserkrankungen, Verhältnisse, die Schultze-Bonn einer eingehenden kritischen Besprechung unterzogen; man vergegenwärtige sich noch den derzeitigen Stand der Frage nach der traumatischen Entstehung der paralysis agitans und verschiedener anderer Nervenkrankheiten.

Nach derartigen Erfahrungen wird man um so mehr Veranlassung haben, bei einer Erkrankung, die an sich nicht häufig vorkommt, wie die Raynaud'sche Krankheit, mit der Würdigung des Trauma als ätiologisches Moment doppelt vorsichtig zu sein, wenn man nicht in den Verdacht kommen will, dass man in dem Trauma nur einen ätiologischen Sammeltopf für die verschiedensten krankhaften Zustände erblickt.

So sehr man sonach bei der Prüfung des ursächlichen Zusammenhanges in erster Linie natürlich den wissenschaftlich feststehenden Gesichtspunkten Rechnung tragen wird, so kann man andererseits doch auch nicht unbeachtet lassen, dass schliesslich noch ein grosser Unterschied besteht zwischen einer exakten wissenschaftlichen Beweisführung und jener Erbringung des Zusammenhangsnachweises, wie er selbst als „hoher Wahrscheinlichkeitsbeweis“ oder als Theil „erhöhter Beweislast“ und als „möglichste Häufung von Wahrscheinlichkeitsmomenten“ und dergl. nach der Rechtssprechung des R.-V.-A. zur Begründung eines Rentenanspruches verlangt wird. Dieser Unterschied ist ja bekannt genug und auch hinreichend betont (u. A. Stern, Freund-Sachs, in letzter Zeit wieder von Stolper).

Lediglich unter dem eben erwähnten Gesichtspunkt berichte ich über den folgenden Fall, den ich im Januar d. J. für die Rheinisch-Westfälische Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu begutachten hatte.

Es handelte sich um einen 63 jährigen Maurer, der am 22. August 1898 aus einer Höhe von mehreren Metern herabstürzte und in bewusstlosem Zustande in ein Krankenhaus gebracht wurde. Er zeigte Kontusionen an Kopf, Brust und an den vier Gliedmassen, besonders stark rechts. Die Wunden heilten zu, der Verletzte litt fortwährend an Kopfschmerzen, Schwindel, Gliederschmerzen, die, weil sich etwas Objektives nicht mehr nachweisen liess, nicht weiter beachtet wurden. Er erhielt eine entsprechende Rente für theilweise Erwerbsunfähigkeit.

Ueber den damaligen Zustand gab mir der Mann Folgendes an: Anfang November 1898 — also drei Monate nach dem Unfall — fiel ihm, nachdem er seit Ende September Kriebeln und Eingeschlafensein, pelziges Gefühl an Händen und Füssen gehabt, eine nochmalige Schwellung der beiden Hände und Füsse auf, besonders auf der rechten Seite, auf welcher auch die stärkeren Quetschungen in Folge des Unfalles waren. Die Schmerzen an den Armen und Füssen nahmen immer mehr zu, die Hände haben sich verfärbt, sie waren zuerst „als ob kein Blut mehr darin wäre, so weiss", nachher sind sie ebenso wie die Zehen angelaufen, dick, roth und blau, ganz fleckig geworden, er habe Nachts gar keine Ruhe mehr gehabt. Ende November brachen die Hände und Füsse, wie sich der Mann ausdrückte, zum ersten Mal auf, es haben sich Eiterblutbläschen in verschiedener Grösse gebildet, und die Haut ist dann nach und nach ganz schwarz geworden, an diesen Stellen eingetrocknet.

Januar 1899 wurde der Verletzte einer chirurgischen Universitätsklinik zur Nachbehandlung überwiesen, da seine Klagen fortbestanden. Er gab mir an, er habe Apparatübungen machen müssen, die Schwester des Krankensaals habe ihm, nachdem seine Hände nach den Uebungen immer aufgelaufen seien, gesagt, er solle aufhören. In dem Entlassungsgutachten ist Unterschenkelödem rechts notirt, ausdrücklich ist erwähnt, dass eine Venenverstopfung nicht vorhanden ist. Störungen seitens des Nervensystems sind nicht notirt.

Nachdem der Verletzte bei verschiedenen Arbeitsversuchen die Arbeit wegen der Schwindelerscheinungen wiederholt einstellen musste, behauptete er die Arbeit nicht mehr weiter machen zu können und er wurde von seiner B.-G. nochmals derselben chirurgischen Klinik überwiesen. (September 1899.)

Die Funktionsverhältnisse von Schulter- und Armmuskulatur wurden in dem Entlassungsgutachten als gut bezeichnet, die Haut an der früheren Narbe ist nicht mehr verändert; wenn auch damals erklärt ist, die Klagen über Schmerzen in den Gliedern stimmten nicht mit dem verhältnissmässig geringfügigen Befund überein, sind doch die Klagen des Mannes über Kopfschmerzen und Schwindel ein Jahr nach der schweren Hirnerschütterung als durchaus glaubhaft bezeichnet worden.

März 1900 sind Hände und Füsse wieder „aufgebrochen", wie der Mann seiner B.-G. gleich mittheilte. Die beiden Hände, besonders die rechte, sowie der rechte Unterschenkel waren wieder blauroth, „krampfartig" schmerzhaft, es bildeten sich wieder die eingetrockneten schwarzen Schorfe, an einigen Stellen hat er Blutblasen vorher bemerkt und als Ende April 1900 von der B.-G. eine ärztliche Untersuchung veranlasst wurde, waren noch Schwellung und Blaufärbung der Hände, sowie eingetrocknete, borkenartige Hautstellen an den Fingern und an den beiden Händen nachzuweisen. Die Frage nach dem Zusammenhang mit dem Unfall wurde von dem begutachtenden Arzt bejaht, eine Erklärung für das Zustandekommen dieser Erscheinungen jedoch nicht gegeben.

Sieben Monate später — Ende Oktober 1900 — theilte der Mann seiner B.-G. abermals mit, seine Hände und Füsse seien wieder aufgebrochen, er könne nicht arbeiten, habe starke Schmerzen und verlange nochmals eine genaue Untersuchung, worauf der Verletzte Anfangs Dezember mir zur Untersuchung überwiesen wurde mit der Frage: „welche Bewandtniss es mit dem Aufgesprungensein der Hände habe, namentlich aber, in welchem ursächlichen Zusammenhang dieses Uebel mit dem Unfall stehe."

Um über die verschiedenen Entwicklungsstadien der Veränderungen ein Bild zu bekommen, habe ich den Verletzten im Laufe von drei Wochen vier Mal untersucht.

Zunächst muss ich erwähnen, dass schon auf den ersten Blick neben der tiefblaurothen Verfärbung der Hände, Finger und Zehen beiderseits, R > L, ohne Weiteres die geradezu frappirende Symmetrie und die Beschränkung auf die distalen Theile der Finger und Zehen auffiel. Ich habe, bevor ich den Mann gesehen, bei Durchsicht seiner Unfallakten, wie dies gegebenen Falls manchen Anderen auch passirt wäre, in erster Linie an Artefakte gedacht; als ich den Mann gesehen, war dieser Verdacht ebenso plötzlich wie gründlich beseitigt.

Der B.-G. theilte ich in meinem Gutachten im Wesentlichen folgenden Befund mit:

Die Haut am rechten Handrücken und an sämmtlichen 5 Fingern rechts ist intensiv blauroth verfärbt, die Finger sind geschwollen, an den Kuppen des 2., 3. und 4. Fingers sind erbsengrosse Eintrocknungen der Haut, an den Nagelgliedern von Daumen und Zeigefinger mehrere Blasen mit blutigem Inhalt. Auch an den Mittel- und Grundgliedern finden sich eingetrocknete Stellen und Blasen, in deren nächster Umgebung kleinere Blutungen im Gewebe sichtbar sind.

Ganz die gleichen Veränderungen finden sich an der linken Hand, in durchaus symmetrischer Anordnung wie rechts. Vorzugsweise sind auch hier die eingetrockneten Stellen von Bohnen- bis Erbsengrösse an den Endgliedern von Fingern 2 bis 4, neben offenbar erst frisch entstandenen Blasen von Stecknadelkopf- bis Kirschkerngrösse, z. B. an der Streckseite der Mittelglieder von Finger 3 und 4. Die Fingernägel sind quer gerifft, rissig und abblätternd.

Der Fussrücken ist beiderseits ebenfalls blauroth verfärbt, bis über das Knöchelgelenk. An beiden Grosszehen und an der 3. und 4. linken Zehe finden sich die gleichen eingetrockneten Hautstellen, wie an den Fingern, auch an der Sohlenfläche der 2. und 3. Zehe links.

Vom übrigen Untersuchungsbefund ist zu erwähnen eine handbreite, blaurothe Zone quer am Rücken, in der Höhe des unteren Schulterblattwinkels rechts, die Nasenspitze ist ebenfalls blau.

Die Beweglichkeit der Finger ist besonders rechts sehr schwerfällig, in Folge der hochgradigen schmerzhaften Spannung der Haut können die Finger zum Faustschluss nicht genügend gebeugt werden: das Empfindungsvermögen ist für Berührung mit Stecknadelkopf ganz erloschen, für Nadelstiche an den Handtellern, an der Greiffläche der sämmtlichen Finger stark vermindert.

An den beiden Vorderarmen ist nichts Auffälliges, keine weiteren Ernährungsstörungen der Haut, kein abnormer Blutgehalt derselben.

Am rechten Unterschenkel entsprechend einer der früheren Verletzungsstellen ist die Haut in der Grösse eines Silber-Fünfmarkstückes rothblau, in der Mitte lederartig vertrocknet, in der Umgebung abschilfernd. Im Bereich dieser Stelle ist das Empfindungsvermögen herabgesetzt.

Es bestehen Klagen über starke Schmerzen an den Hän-

den und Füssen, auf der rechten Seite stärker als auf der linken, die nach aufwärts ausstrahlen; besonders an der rechten Hand habe er Schmerzen, „als wenn mit dem Messer herumgewühlt würde". An beiden Händen treten schmerzhafte Krämpfe auf, so dass, nach der Beschreibung zu schliessen, die Finger 2 und 3 nach der Daumenseite, 4 und 5 nach der Kleinfingerseite gezogen wurden. Ausserdem klagt er über starke Rücken-, Kopfschmerzen, Schwindel, starke Mattigkeit.

14 Tage später waren die Mortifikationen der Haut vollständig vertrocknet, an den Fingerbeeren und an der Streckseite der Finger ist die Haut entsprechend den vorbeschriebenen Veränderungen in lederartige, schwarze, ganz trockene Schalen verwandelt; diese Vertrocknungen sind so vollständig, dass die abgelösten Partieen zerbrochen werden können und in des Wortes vollstem Sinne auseinander splittern.

Die Blaufärbung an den Händen und Füssen besteht noch weiter. Um die Beweglichkeit der Finger zu prüfen, habe ich den Mann eine Reihe von grösseren und kleineren Gegenständen greifen und festhalten, mehrfach die Finger an- und abziehen lassen, als diese Bewegungen unterbrochen wurden durch eine krampfartige Zusammenziehung der Zwischen-Knochenmuskeln; dabei waren Mittel- und Goldfinger weit von einander abgezogen, während die übrigen Finger krampfhaft adduzirt waren. In den Handmuskeln trat nach diesem Krampfzustand Zittern und Muskelwogen auf, „die Finger der Hand sind immer so steif, als ob sie in Eisen stecken", wie der Mann dies nennt, sie können nicht vollständig zur Faust-stellung gebracht werden.

Radial- und Fusspuls sind vorhanden, Urin ohne Besonderheiten. Der Gang ist mühsam, jedoch ohne weitere auffällige Störung, ebenso wenig finden sich Veränderungen in der elektrischen Muskelerregbarkeit an der Hand, keine Atrophieen etc. Auch die Reflexe an den oberen Extremitäten zeigen nichts Besonderes.

Ich habe mir den Mann Mitte September — $^3/_4$ Jahr nach Erstattung des Gutachtens — noch einmal kommen lassen; er ist körperlich sehr zurückgegangen; nach meinen Erkundigungen bei der Bürgermeisterei des Heimathsortes war der Mann, der aus einer neuropathisch nicht belasteten Familie stammt, vor dem Unfall ein „kräftiger, herkulischer" Mann gewesen, der seit dem Unfall ganz augenfällig in seinem Kräfte- und Ernährungszustande abgenommen und stark abgemagert sei.

Die beiden Hände, besonders die rechte, sind immer noch ganz blauroth; lässt man sie in kaltes Wasser tauchen, was der Mann als sehr schmerzhaft empfindet, so werden sie zuerst ganz weiss und schon nach kurzer Zeit sind sie tief blauschwarz, wie mit Tinte übergossen.

Die Hautvenen an den Armen zeigen auch jetzt keine Veränderungen, der rechte Kleinfinger hat an Dicke sehr zugenommen, zeigt über dem Mittelgelenk einen Mehrumfang von 3 cm gegen links.

Nasenspitze und Ohren waren ebenfalls blau, ebenso die Lidränder beiderseits; der Befund an den Lidern war bei den früheren Untersuchungen nicht vorhanden, er wäre mir bei dem auffälligen Farbenkontrast mit der übrigen Gesichtsfarbe nicht entgangen.

Die subjektiven Beschwerden bestehen fort.

Was zunächst die diagnostische Seite des Falles betrifft, so ist sie bei einem so ausgesprochenen Symptomenkomplex ohne Schwierigkeiten. Das Charakteristikum im Verlauf, das Auftreten in Anfällen in geradezu typischer Weise, sichert ohne weitere Begründung die Diagnose im Verein mit der symmetrischen Lokalisation des Prozesses. Der erste Anfall erfolgte $^1/_4$ Jahr nach dem Unfall, nachdem Kriebeln, Parästhesien schon einige Wochen vorher bestanden haben (période d'invasion), der zweite Anfall erfolgte etwa $1^1/_2$ Jahr, der dritte Anfall $1^3/_4$ Jahr nach dem Unfall mit zunehmender Intensität, schwereren Erscheinungen und grösserer Dauer der Anfälle. In den einzelnen Anfällen selbst sind in prägnanter Weise die drei Stadien des Prozesses zu erkennen: Im ersten beherrschen die vasomotorischen Symptome, denen sich sensible zugesellen, das Bild, im zweiten kommt es zu schweren trophischen Störungen theils mit, theils ohne Blasenbildung zu Nekrose an den befallenen Partieen, vorzugsweise an den gipfelnden Theilen, an Fingern, Zehen, in geradezu frappirender, symmetrischer Anordnung, in der dritten Periode treten keine aktiven Krankheitserscheinungen mehr auf, die nekrotischen und vollständig mumifizirten Hautstücke werden abgestossen, die Defekte sind so scharf, wie durch ein Locheisen entstanden; zu grösseren Narbenbildungen ist es in unserem Falle nicht gekommen. Die Gangrän beschränkte sich in den drei bisher erfolgten Attacken auf die Epidermis, ebenso wie sie weniger ausgedehnt ist, als die vasomotorischen Erscheinungen, in deren Gefolge sie besteht. Der Kurve der vasomotorischen Anfälle folgten die Schmerzen exazerbirend und remittirend, wie dies in den meisten Beobachtungen von Raynaud'scher Krankheit erwähnt ist. (Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin, 1901.)

Die vasomotorischen Störungen in der ersten Phase des Anfalls begannen mit der Todtenblässe der Finger (doigts morts), regionärer Ischämie nach Weiss, dann kommt die blauschwarze Verfärbung und Schwellung (lokale Asphyxie); in ausgesprochenen Fällen, wie in dem beschriebenen, stellen sich die neurotrophischen Symptome im zweiten und dritten Stadium in schwerster Form dar, in der Form des lokalen Gewebstodes, der Gangrän, die, wie bereits der erste Beschreiber dieser nicht häufigen Eukrankung, Raynaud, beobachtete, in der Regel symmetrisch an den Acra des Körpers lokalisirt ist und Raynaud hat 1862 der ganzen Affektion von diesem markantesten Symptome den Namen gangrène symetrique gegeben.

Es erübrigt für die uns hier beschäftigende Frage nach der unfallrechtlichen Auffassung des Falles auf die Symptomatologie genauer einzugehen; erwähnen will ich nur noch die bei der letzten Untersuchung des Mannes konstatirte symmetrische Asphyxie an den Lidern, deren Auftreten dem Gesicht ein eigenthümliches Aussehen verlieh. So weit ich in der kurzen Zeit mich über diese Lokalisation informiren konnte, ist sie jedenfalls nichts weniger wie häufig; in der neuesten monographischen Bearbeitung dieses Leidens von Cassirer (l. c.) ist hierüber nichts erwähnt, in seinem Werk über Neurologie des Auges theilt Sänger mit, dass über Gangrän der Lider keine Beobachtungen vorliegen. Ob es hierzu im vorliegenden Fall kommen wird, muss die weitere Beobachtung des Mannes feststellen. Im vorigen Monat ist aus der Jenaer Klinik eine Arbeit von W. Vix über symmetrische Gangrän der Lider und der Thränensackgegend erschienen, über deren Inhalt ich mich jedoch noch nicht informiren konnte.

Dass, wie sonst so oft in der Neuropathologie, auch bei der Raynaudschen Krankheit eine Reihe abweichender und wenig ausgeprägter Fälle vorkommen (formes frustes), ist nicht weiter auffällig. Sie können ja gewiss grosse diagnostische Schwierigkeiten machen, ausgebildete Fälle, wie der von mir eben mitgetheilte, sind durch die Eigenart der Erscheinungen hinreichend gekennzeichnet.

Was nun die Gesichtspunkte betrifft, die für mich bei Beantwortung der von der B. G. gestellten Frage nach etwaigem Zusammenhang mit dem Trauma bestimmend waren, so ist ja bekannt, dass die Pathogenese der Raynaudschen Krankheit noch in Dunkel gehüllt ist. In erster Linie unter den ätiologischen Momenten steht neuro- oder psychopathische Konstitution, dann kommen eine Reihe von Faktoren in Betracht, in welchen der allgemeine Ernährungszustand sehr Noth leidet.

Ich habe in meinem Fall von Raynaudscher Krankheit und nicht von Raynaudschen Symptomen gesprochen, weil die eingehende Untersuchung keine andere Erkrankung des Mannes, insbesondere auch nicht eine solche des Nervensystems hat feststellen können, als deren Begleiterscheinungen ja oft die Raynaudschen Symptome auftreten. Es fehlt jeglicher Anhaltspunkt für die Annahme einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems, wie Tabes, Syringomyelie, Gliose etc., das Vorhandensein einer peripheren Nervenerkrankung wie Neuritis ist bestimmt in Abrede zu stellen; auch gewisse hysterische Krankheitsbilder, wie die sog. hysterische Gangrän, das oedème bleu, die vielleicht eine gewisse Aehnlichkeit mit den Raynaudschen Symptomen erreichen können, sind schon durch die typische Lokalisation auszuschliessen. Fasst man, wie dies von den meisten Autoren geschieht, die Krankheit als eine vasomotorisch-trophische Neurose auf, so bleibt ja das Wesen der Erkrankung uns trotzdem noch dunkel, es geht uns eben hier, wie mit einer Reihe von anderen Nervenaffektionen nach Trauma, die wir in ihrer eigentlichen Pathogenese auf bekannte pathologische Vorgänge auch noch nicht zurückführen können.

Die in der Kasuistik der Raynaudschen Krankheit niedergelegten Beobachtungen über etwaigen Zusammenhang mit Trauma sind recht vereinzelt; Oppenheim und Cassirer erwähnen das Trauma nur kurz, ohne weiter auf das Ursächlichkeitsverhältniss einzugehen.

Brasch theilte 1898 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie einen Fall von Raynaudscher Krankheit mit, in welchem nach jeder Fingerverletzung die Krankheit schlimmmer wurde, er bringt das Bestehen derselben mit den Verletzungen in ursächlichen Zusammenhang und tritt für die traumatische Genese im Sinne einer Verschlimmerung des Zustandes ein, während Remak in der Diskussion damals bemerkte, dass der Begriff der Raynaudschen Krankheit in der Luft schwebe, lokale Asphyxie der Finger sei häufig und die Betreffenden seien in Folge der Gefühlsstörung an den Fingern auch Traumen besonders ausgesetzt.

Reipen theilte 1897 im ärztlichen Verein zu Köln einen Fall als „vasomotorisch trophische Neurose" mit, der durch seine traumatische Aetiologie Interesse hat. Nach einer starken Fussquetschung entwickelte sich Karies, es wurde die grosse Zehe amputirt. Die Schmerzen und die Blaufärbung an dem Fuss bestanden aber trotzdem fort, Reipen hat dann auf Anrathen der Prof. Leichtenstern, Steiner und Bardenheuer die quere Amputation über den Köpfchen der Mittelfussknochen vorgenommen. Der Kranke wurde mit vollständig geheiltem Amputationsstumpf entlassen und konnte den rechten Fuss beim Auftreten benutzen. Jedoch bestanden immer noch nach beiden Seiten des Unterschenkels ausstrahlende Schmerzen, die Schmerzen steigerten sich im Laufe der nächsten Zeit immer mehr, es trat wieder Blaufärbung der Haut auf, es bildeten sich rothe, höchst schmerzhafte Flecken am Bein, die sich zu Bläschen gestalteten, die nach Aufbrechen oberflächliche, langsam heilende Geschwüre hinterliessen. Die grösste gleichzeitig vorhandene Anzahl solcher Geschwüre betrug 21. Der Mann wurde wegen des stetig um sich greifenden Prozesses ganz unfähig, das Bein zu gebrauchen, er konnte schliesslich wegen der grossen Schmerzen nur in sitzender Stellung ausser Bett sein. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1898. V. 163.)

Prof. Müller-Zürich hat in einem Fall von Raynaudscher Krankheit im Anschluss an ein Trauma ein Obergutachten abgegeben, das in der Unfallversicherungspraxis (1899, No. 3) in extenso, in der Thiem'schen Monatsschrift für Unfallheilkunde (1899, No. 12) auszugsweise veröffentlicht ist. Es handelte sich um einen 64 jährigen Schmied, bei dem sich 11 Monate nach einer heftigen Bauchquetschung (Schwingenschraube-Federhammer) der Raynaud'sche Symptomenkomplex ausgebildet hat. Prof. Müller sprach sich bestimmt für einen ursächlichen Zusammenhang aus und erklärte das Zustandekommen der Krankheit aus der mit dem Unfall verbundenen gewaltigen Erschütterung des Nervensystems, spez. der Geflechte des Bauchsympathikus.

Ich habe in meinem Gutachten für die betreffende Berufsgenossenschaft die hohe Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges des Zustandes mit dem Unfall unter speziellem Hinweis auf die bis jetzt existirende Literatur zugegeben und den Mann im derzeitigen Zustand für vollerwerbsunfähig erklärt; die B.-G. hat die Rente von 25 Prozent meinem Gutachten entsprechend bis auf Weiteres auf die Vollrente erhöht.

Ich resümire: Im vorliegenden Fall erachte ich den Zusammenhangsnachweis im unfallrechtlichen Sinn erbracht; denn:

1. Das Leiden entwickelte sich bei einem bis zu dem Unfall robusten und gesunden Mann.

2. Die ersten Krankheitserscheinungen lassen sich nicht nur nach den Aussagen des Mannes, sondern der Hauptsache nach auch nach dem Inhalt der Akten, trotz der seitherigen abweichenden Beurtheilung des Falles, bis unmittelbar auf den Unfall zurückführen.

3. Die am stärksten vom Unfall betroffene rechte Seite war auch durch den Krankheitsprozess am meisten in Mitleidenschaft gezogen, gleich von Beginn ab, bis zu meiner 2 Jahre später vorgenommenen Untersuchung des Mannes.

4. Alle gewöhnlich als ätiologische Faktoren bei der Raynaud'schen Krankheit in Betracht kommenden Momente fehlten.

5. Die Krankheit ist bei dem Mann in einem Alter in Erscheinung getreten, in welchem sie unter einer Kasuistik von 168 Fällen (Cassirer, l. c.) überhaupt nur fünf Mal beobachtet wurde.

Aerztliches Berufsgeheimniss und Todesursachenstatistik.

Von
Dr. Fr. Prinzing-Ulm.

Am 19. November 1901 wurde in Staufen im Breisgau (Grossherzgth. Baden) Anklage gegen einen Arzt erhoben, weil derselbe in die von ihm auszufüllenden Leichenscheine in zwei Fällen nur die allgemeinen Diagnosen „Leberleiden" und „Nierenleiden" eingetragen hatte und sich trotz der Aufforderung von Seiten des Bezirksarztes und des Bezirksamtes geweigert hatte, die Diagnose genauer zu stellen. Der betreffende Arzt stützte sich darauf, dass bei Bekanntwerden dieser letzteren üble

Nachreden entstehen könnten, dass die Hinterbliebenen ihm verboten haben, mehr als die allgemeinen Diagnosen bekannt zu geben, und dass er nach § 300 D. St. G. B. unbefugt Privatgeheimnisse nicht offenbaren dürfe. Der Arzt wurde vom Schöffengericht in Staufen freigesprochen.*)

Dass die von Privaten oder Behörden gewünschte Mittheilung von Dingen, die der Arzt bei Ausübung seines Berufes erfahren, diesen häufig mit seiner beruflichen Schweigepflicht in ein schweres Dilemma bringt, ist bekannt. Es wurde dies bezüglich der Ausstellung der Leichenscheine schon öfters betont und es sind auch sonst schon wegen falscher Ausfüllung von Leichenscheinen gerichtliche Klagen gegen Aerzte erhoben worden. Nun kann man ja freilich sagen, dass in den meisten Fällen eine genaue ärztliche Diagnose auf den Leichenscheinen das Interesse der Familie des Verstorbenen in keiner Weise beeinträchtigt. So scheint in dem vorliegenden Falle eine solch strenge Wahrung des ärztlichen Geheimnisses kaum dringend nöthig gewesen zu sein; doch lässt sich dies ohne Kenntniss der näheren Umstände nicht feststellen. Es ist auch nicht sehr erheblich; denn es giebt ganz zweifellos Fälle, wo der Arzt bei Ausfüllung des Leichenscheins mit seinem ärztlichen Gewissen in Konflikt kommt, bei Selbstmord, bei Tod durch Alkoholismus, Syphilis u. dergl., wenn er von der Familie speziell verpflichtet und gebeten wird, die wahre Todesursache zu verheimlichen. Auf der einen Seite gebietet der § 300 D. St. G. B. dem Arzte zu schweigen, auf der anderen Seite droht ihm Verurtheilung wegen Fälschung einer öffentlichen Urkunde.

Da der Todesursachenstatistik von den Regierungen in Anbetracht ihrer grossen Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege in anderen Ländern mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als in Deutschland, so ist in einigen derselben versucht worden, diesen Zwiespalt der Pflicht, in den der Arzt gerathen kann, zu beseitigen. Hierzu giebt es zwei Wege. Der eine besteht darin, dass man speziell für die Mittheilung der Todesursache das ärztliche Berufsgeheimniss gesetzlich beseitigt. Dies ist z. B. in England und Italien geschehen. In England wurde 1874 durch den Births and Deaths Registration Act ausdrücklich die gesetzliche Verpflichtung der Aerzte zur Abgabe von Leichenscheinen mit Bezeichnung der Todesursachen ausgesprochen; und ebenso in Italien durch das Gesetz vom 22. Dezember 1888 (legge sull' ordinamento dell' assistenza sanitaria). Damit ist nun freilich für den Arzt jeder Zweifel darüber, was er im einzelnen Falle zu thun hat, gehoben, aber die Familie des Verstorbenen hat keinen Schutz dagegen, dass Dinge, die sie lieber vor der Welt verborgen wissen möchte, bekannt werden. Es wird also auch hier nicht an Einwirkungen auf den behandelnden Arzt fehlen, unter solchen Umständen eine allgemeine Diagnose einzusetzen. Thut er dies, so wird ohne Zweifel einer der Hauptzwecke der Gesetzgebung, ein zuverlässiges Urmaterial für die Todesursachenstatistik zu beschaffen, beeinträchtigt. Damit solche ungenaue Diagnosen ausgemerzt werden können, ist das General-Registeramt in London seit 1881 berechtigt, vertrauliche Nachfragen bei den behandelnden Aerzten darüber anzustellen, die keinen Anstand nehmen können, dem Amte in London genaue Angaben zu machen.

Ein anderer Weg wurde in der Schweiz eingeschlagen. Das Gesetz über den Civilstand vom 24. Dezember 1874 verlangt dort den Eintrag der Todesursache in die Totenregister der Standesämter auf Grund eines ärztlichen Leichenscheins. Hiermit ist also die gesetzliche Grundlage gegeben, durch die der Arzt verpflichtet wird, die Todesursache dem Standesbeamten mitzutheilen. Um aber genaue Angaben, namentlich auch über die entfernteren Todesursachen zu gewinnen, wurden 1891 für die 15 grossen Städte, 1893 für die 43 grösseren Civilstandskreise und 1901 für das ganze Land erweiterte Sterbekarten eingeführt, deren Hauptwerth die Wahrung des ärztlichen Geheimnisses ist. Sie sind nur für das statistische Bureau in Bern bestimmt; es ist ihnen ein abtrennbarer Coupon mit dem Namen des Verstorbenen angehängt, während die Sterbekarte selbst nur die Nummer des Todtenregisters enthält. Der Kopf der Karte mit Todeszeit, Beruf, Civilstand, Geburtstag, Ort des Absterbens u. s. w. wird vom Standesbeamten ausgefüllt, wie auch der Coupon, der nur den Namen enthält. Der Arzt macht nun seine Einträge in die hierfür bestimmten Rubriken der Sterbekarte, trennt den Coupon ab, so dass die Karte jetzt nur noch die Nummer des Totenregisters enthält, und schickt die Karte verschlossen mit der Post portofrei an das Standesamt; auf dem Briefumschlag steht ebenfalls die Nummer des Totenregisters. Die Karten werden dann uneröffnet von den Standesämtern dem statistischen Bureau in Bern übermittelt. Dieses System hat sich sehr bewährt. Der beste Beweis hierfür ist die Ausdehnung, die ihm seit 1891 allmählich in der Schweiz gegeben wurde.*)

In Deutschland wurde bei der Neuordnung der Führung der Standesregister die Aufnahme der Todesursache absichtlich ausgeschlossen, da es nicht angängig sei, eine Todesursache aktenmässig zu beurkunden, die einen Makel auf die Hinterbliebenen werfen könnte. Es fehlt somit in Deutschland jede gesetzliche Grundlage zur Erhebung des für die Todesursachenstatistik nöthigen Urmaterials und es sind daher alle diesbezüglichen Verordnungen in den Einzelstaaten auf dem Verwaltungswege erlassen; der oben angeführte Fall beweist, dass diese Verordnungen nicht immer mit dem bestehenden Gesetz in Einklang stehen. Dass eine genaue Todesursachenstatistik für die öffentliche Gesundheitspflege nicht entbehrt werden kann, ist in ärztlichen Kreisen allgemein anerkannt; mag diese Statistik noch so dürftig sein, es wird immer wieder auf sie zurückgegriffen. Denn der Nachweis des Erfolgs allgemeiner sanitärer Einrichtungen oder spezieller Massnahmen gegen einzelne Krankheiten kann nur mittels der Statistik beigebracht werden: Die Abnahme der Tuberkulose, des Abdominaltyphus u. s. w. lässt sich nur so feststellen. Da, wo keine Anzeigepflicht bezüglich infektiöser Krankheiten besteht, ist die Todesursachenstatistik die einzige Quelle, aus welcher die Behörden sich über die Häufigkeit und die Verbreitung jener Kenntniss verschaffen können, und da, wo die Anzeigepflicht besteht, ist die Zahl der Todesfälle in Folge der betreffenden Krankheit zur Kontrole darüber nöthig, in welchem Masse der Anzeigepflicht genügt wird. Nichts zeigt mehr die Unzulänglichkeit in der Art der Erhebung der Todesursachen, als die verschiedenen Ansichten über die Zunahme des Krebses und über die lokale Verbreitung dieser Krankheit.

Leider ist die Einführung einer ärztlichen Leichenschau in Deutschland oder wenigstens in den einzelnen Bundesstaaten in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Zur Zeit besteht sie nur im Grossherzogthum Hessen und in Hamburg, ausserdem ist sie da und dort eingeführt (z. B. in der Stadt Leipzig; 1895 waren in Württemberg 50 Aerzte als Leichenschauer angestellt). Die Todesursachen müssen demnach durch

*) Nach Württ. Korr.-Bl. Bd. 71. 1901. S. 748.

*) F. Prinzing. Die Zuverlässigkeit der Todesursachenstatistik Württembergs im Vergleich mit der anderer Staaten. Württ. Jahrb. f. 1900. II. 279. Stuttgart 1901. G. v. Mayr, Reform der Todesursachenstatistik in der Schweiz. Stat. Arch. Bd. 5. 1899. S. 479.

die Behörden direkt von den behandelnden Aerzten erhoben werden, deren Angaben auf den Leichenscheinen durch verschiedene Hände gehen, ehe sie an die Stelle gelangen, von der sie verarbeitet werden. Dass dies häufig die Ursache des Eintragens allgemeiner Diagnosen ist, hat Ehlers in seiner Arbeit über die Sterblichkeit an Kindbettfieber deutlich gezeigt, da er nachweisen konnte, dass $1/_5$ aller Todesfälle an Kindbettfieber in Berlin 1895—96 nicht als solche in die Leichenscheine eingetragen wurden.*) Sollen daher Konflikte mit dem § 300 D. St. G. B. vermieden und eine genaue Erhebung der Todesursache in Fällen, in denen ein Bekanntwerden derselben für die Familie des Gestorbenen oder für den Arzt unangenehm wäre, ermöglicht werden, so ist es unerlässlich, den Arzt zur Angabe der Todesursache bei den von ihm Behandelten gesetzlich zu verpflichten und zugleich eine Art der Erhebung einzuführen, die die Wahrung des ärztlichen Geheimnisses gewährleistet.

*) Ph. Ehlers, Die Sterblichkeit im Kindbett in Berlin 1877—96. 1900. S. 20 ff.

Referate.

Sammelbericht.

Gewerbehygienische Rundschau.

Von E. Roth, Reg.- und Geh. Medizinalrath.

Das französiche Arbeitsamt (Office de travail) veröffentlichte eine Arbeit über Industriegifte (Poisons industriels, Paris 1901). Bekanntlich ist im französischen Handelsministerium vor Kurzem eine Kommission für Gewerbehygiene eingesetzt, die zur Zeit mit der Ausarbeitung hygienischer Vorschriften für die einzelnen Industrieen beschäftigt ist. Die Veröffentlichung des Arbeitsamtes erstreckt sich auf die Darstellung der industriellen Gifte, ihre Wirkungen, die gesundheitsschädlichen Arbeitsprozesse und die prophylaktischen Massnahmen; ausserdem ist die Arbeiterschutzgesetzgebung der wichtigsten europäischen Länder berücksichtigt. Die Veröffentlichung behandelt Blei, Kupfer, Zink und Quecksilber, Arsenik und Phosphor, Benzin, Nitrobenzol, Anilin, Petroleum, Theer, Terpentin, Vanille u. A. Bezüglich des Bleis zählt der Bericht nicht weniger als 111 Beschäftigungszweige auf, die mit Blei derart zu hantiren haben, dass die Bleivergiftung zu den Berufskrankheiten der Arbeiter in allen diesen Branchen gezählt werden muss. Der Ersatz des Bleiweiss durch Zinkweiss hat, wie es scheint, bisher nur sehr geringe Fortschritte gemacht. Das Verzeichniss der Arbeitsprozesse, bei denen Bleivergiftungen konstatirt wurden, umfasst fast alle Industrieen, u. A. gehören hierher auch Wäscherinnen, welche die Wäsche von Bleiarbeitern waschen, Näherinnen, die mit Blei beschwerten Zwirn nähen, Handschuharbeiter, die mit Blei präparirtes Leder verarbeiten. In dem 5 jährigen Zeitraume von 1894 bis 1898 wurden in den Pariser Spitälern nicht weniger als 1552 Bleivergiftungsfälle behandelt, von denen 86 tödtlich endeten; die Hälfte dieser tödtlichen Fälle fiel auf Anstreicher. Ausser den Anstreichern sind es vor Allem die Giesser, Kesselschmiede, Schriftgiesser und Setzer, Glaser u. s. w., bei denen Bleivergiftungen häufig vorkommen. Kupfer und Zink enthalten in der Form, in der sie zur Verarbeitung kommen, in der Regel bleihaltige Substanzen, unter deren Einwirkung die Arbeiter erkranken. Die Verwendung von Quecksilber wurde von Layet in 24 verschiedenen Industriezweigen festgestellt. Arsenikvergiftungen waren die Arbeiter in 27 verschiedenen Industriezweigen ausgesetzt, hauptsächlich in der Farbenindustrie. Bemerkenswerth sind die Ausführungen über die in Frage kommenden prophylaktischen Massnahmen, auf die hier nur verwiesen werden kann. Das Wichtigste bleibt der Ersatz der giftigen Stoffe durch ungiftige, die Bearbeitung auf nassem Wege, der persönliche Schutz der Arbeiter, namentlich peinlichste Reinlichkeit, ferner sorgfältigste Staubabsaugung und Ventilation. Ausserdem bleibt eine regelmässige ärztliche Kontrole und Belehrung der Arbeiter über die Vergiftungsgefahren und deren Vermeidung zu fordern; letztere wird am besten durch volksthümliche Flugschriften, die jedem einzelnen Arbeiter zugänglich gemacht werden, sowie durch kurz gefasste Anschläge oder Zusätze zu den Arbeitsordnungen in den betreffenden Betrieben erreicht werden (vgl. des Ref. Vorträge über Gewerbehygiene aus dem Vortragscyklus über Arbeiterversicherung und Arbeiterschutzgesetzgebung in der Charité in Berlin, Berliner Klinische Wochenschrift 1901, No. 17 bis 20.) Alle diese Massnahmen haben zur Voraussetzung, dass die Behörden von dem Auftreten gewerblicher Vergiftungen rechtzeitig unterrichtet werden. Nach dieser Richtung bedeutet der ausführliche Erlass des sächsischen Ministeriums vom 27. Juni 1901 über die Verhütung von Bleierkrankungen gewerblicher Arbeiter insofern einen Fortschritt, als darin zur Erwägung gegeben wird, die Krankenkassenärzte bezw. Kassenvorstände zur Anzeigeerstattung über Bleivergiftungen bei Kassenmitgliedern zu verpflichten.

Wenn für die in Chromatfabriken beschäftigten Arbeiter neuerdings zu den vielen schon vorhandenen ein neuer Respirator von Klein in Giessen empfohlen wurde, so lässt sich voraussehen, dass auch dieser ebenso wenig Anklang bei den Arbeitern finden wird, wie die bisherigen, da mit der Benutzung dieser Apparate eine Belästigung der Arbeiter unzertrennlich verbunden ist. Deshalb muss das Bestreben der Technik in erster Linie darauf gerichtet sein, jede Inhalation des Chromatstaubs und der Chromatdämpfe unmöglich zu machen.

Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage eines Verbots der Fabrikation von Weissphosphorzündhölzern, eine Frage, die neuerdings auch bei uns zur Erwägung gestellt ist, verdient Erwähnung, dass ein solches Fabrikationsverbot, das gleichzeitig die Einfuhr und den Verkauf von Phosphorzündhölzern verbietet und die Bedingungen für die Durchfuhr regelt, unter dem 28. Mai 1901 für die Niederlande erlassen ist. Das Gesetz findet sich abgedruckt in den „Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts“ 1901, S. 884.

In der Wiener Klinischen Rundschau vom 9. Oktober 1901 veröffentlichte von Jaksch unter dem Titel „Ueber gehäufte diffuse Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, an den Typus der multiplen Sklerose mahnend, welche durch eine besondere Aetiologie gekennzeichnet sind“ die Krankengeschichten von drei Arbeitern einer chemischen Fabrik, die mit dem Trocknen von regenerirtem Mangansuperoxydschlamm beschäftigt gewesen waren. Während von Jaksch als ätiologisches Moment die schroffen Temperaturdifferenzen heranzieht, denen diese Arbeiter ausgesetzt waren, dürfte es nach den Beobachtungen von Couper und Embden (Zur Kenntniss der metallischen Nervengifte, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1901, Nr. 16) näher liegen, die giftige Wirkung des Mangans als erklärende Ursache heranzuziehen. Dass andere Arbeiter, die der gleichen Gefahr ausgesetzt waren, frei blieben, findet wie bei allen Metallgiften seine genügende Erklärung in dem verschiedenen Verhalten und vor Allem in der verschiedenen Empfänglichkeit der einzelnen Arbeiter.

Ueber die sanitätspolizeiliche Regelung der Bettfederreinigung referirt M. Gruber als Gutachter des k. k.

obersten Sanitätsraths (Oesterreichisches Sanitätswesen, 1901, Nr. 34). Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass die Gefahr einer Verbreitung von Krankheiten durch gebrauchte Bettfedern nicht besonders gross ist. Mit Ausnahme der Blattern sind Uebertragungen von Krankheiten durch Vermittelung der Bettfedern nicht beobachtet. Hinsichtlich der Uebertragung der Blattern waren besonders die Bettfedern galizischer und ungarischer Herkunft verdächtig. Mit Rücksicht auf diese Gefahr sollten in Bettfederreinigungsanstalten nur solche Personen zugelassen werden, die innerhalb der letzten zehn Jahre geimpft oder wiedergeimpft worden sind, und es sollten Bettfedern zurückgewiesen werden, von denen bekannt oder zu vermuthen ist, dass sie von Kranken mit übertragbaren Krankheiten benutzt worden sind, wenn sie nicht vorher zuverlässig desinfizirt sind. Die bezüglich der Beschaffenheit der Arbeitsstätte wie zum Schutze der Arbeiter und der Nachbarn zu stellenden Forderungen sind am Schluss des Gutachtens in bestimmten Vorschriften zusammengefasst.

Auf den Griffelbrüchen in Sachsen-Meiningen hat sich die Einführung des elektrischen Betriebes in vollem Masse bewährt und die Möglichkeit gegeben, durch Anschluss der Durchmachmaschinen an den elektrischen Betrieb von diesen den Staub abzusaugen. Hieraus darf eine erhebliche Besserung der Gesundheitsverhältnisse der Griffelarbeiter erhofft werden, insbesondere dann, wenn, wie seitens der Sachsen-Meiningischen Regierung beabsichtigt, auf sämmtlichen fiskalischen Griffelbrüchen der elektrische Betrieb eingeführt wird und weiterhin auch die privaten Unternehmer sich diesem Vorgehen anschliessen.

Chirurgie.

Ueber subkutane traumatische Bauchblutungen.

Nach einem Vortrag, gehalten in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Von Oberstabsarzt Dr. Eichel-Breslau.

(Münchener Mediz. Wochenschr. 1901 No. 41 u. 42.)

An drei Krankengeschichten und einem Ueberblick über die einschlägige Literatur erörtert Verfasser die Prinzipien der Diagnostik und Therapie der Blutungen in die Bauchhöhle und stellt als Anhaltepunkte für die Erkennung der Blutung fest, dass „1. der Verletzte sich aus dem vorhandenen Shok nicht erholt und 2., dass das anfänglich gute oder leidliche Allgemeinbefinden sich nach kurzer Zeit verschlechtert und im Besonderen ein rapides Kleiner- und Schnellerwerden des Pulses eintritt“.

Eine vorhandene Dämpfung, sowie lokale Schmerzhaftigkeit und starres Zusammengezogensein der Bauchmuskeln können die Diagnose unterstützen, ohne dass auf ihr Fehlen oder Vorhandensein entscheidender Werth gelegt werden darf.

Die Lage einer vorhandenen Dämpfung kann für den Sitz der Verletzung nicht unbedingt verwerthet werden.

Bei der Diagnose „intraperitoneale Blutung“ ist operatives Eingreifen rathsam, auch wenn die Blutung an sich nicht unbedingt lebensbedrohend ist, da Sekundärinfektion von eröffneten Gallengängen oder vom verletzten Magendarmtraktus aus dabei verhindert werden kann.

Die an den drei Fällen nothwendigen Operationen, zwei Milzexstirpationen und die Tamponade eines Leberrisses, machte Verfasser unter nur theilweis angewendeter Chloroformnarkose, nämlich beim Hautschnitt und beim Wundschluss.

Die Blutung wird durch Einstopfung von Mullstreifen in unteren Bauchraum und Leber- und Milzgegend provisorisch beherrscht, durch Lockerung derselben ihr Sitz genauer festgestellt und darauf ihr Herd in Angriff genommen; Verfasser exstirpirte zweimal die Milz (1 Todesfall), wozu ein Querschnitt dem vom Schwertfortsatz bis zur Schamfuge reichenden Längsschnitt hinzugefügt wurde. Die Hinterseite der Milz verdient besondere Beachtung. Exstirpation ist der Naht grösserer Risse im Allgemeinen vorzuziehen. Ein Leberriss wurde mit Erfolg tamponirt. Wegen des eminenten Blutverlustes sind Kochsalzinfusionen meist nothwendig. Verfasser macht sie durch ein in dem unteren Wundwinkel eingelegtes dünnes Drain in die Peritonealhöhle, und zwar entweder dauernd tropfenweise (Langenbeck's Archiv Bd. 58. Heft 1.) oder in grösseren Quanten zeitweise, er schreibt ihr bessere Wirkung zu als der subkutanen. Seelhorst.

Zerreissung der vena cava inferior; Tod nach 4 Stunden.

Von Frank Hinds.

(The British Medical Journal, 24. August 1901.)

Ein 6 Jahre alter Junge wurde in das Krankenhaus eingeliefert, nachdem er von einem schweren Wagen überfahren worden war. Beide Räder sollen über seinen Körper weggegangen sein. Die Einlieferung in das Krankenhaus fand 10 Minuten nach dem Unfall statt. Der Knabe befand sich in einem Zustand von Kollaps und schien sterbend zu sein. Die sichtbaren Zeichen der Verletzungen waren ein Bruch des linken Oberarms und eine Hautabschürfung der Brust. Anscheinend bestanden heftige Schmerzen im Leibe. Der Puls war klein, unregelmässig und ungleich. Auch die Athmung war unregelmässig. Die abhängigen Partien des Leibes zeigten bei der Perkussion eine deutliche Dämpfung. Man nahm an, dass ein Bluterguss in die Bauchhöhle stattgefunden habe und hielt dies für eine Indikation zur Laparotomie. Dieselbe wurde ausgeführt und in der That fand sich in der Bauchhöhle eine grössere Menge geronnenen Blutes und reichlich dunkles frisches Blut. Die Blutung stand und die Quelle derselben war schwer auffindbar. Erst als man mit der Hand zwischen das Zwerchfell und der hinteren Leberfläche fühlte, bemerkte man eine grössere Zerreissung, deren Grenzen nicht genau bestimmbar waren. Sofort entstand eine neue profuse starke Blutung und unmittelbar darauf trat der Tod ein. Dies war 4 Stunden nach dem Unfall. Bei der Sektion sah man zwei Risswunden der hinteren Fläche des rechten Leberlappens von etwa $1^1/_2$ Zoll Länge, die eine etwas tiefer wie die andere. Vor Allem war die vena cava inferior gerade unter dem Zwerchfell in ihrem halben Umfang auf ihrer linken Seite durchrissen. Die übrigen Verletzungen, die sich fanden, waren geringeren Grades. Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Abreissung des Samenstranges.

Von Dr. A. Rutkow.

(Wratsch 1901, No. 35.)

Der 38jährige Offizier kam zum Verf. wegen Störung der Harnentleerung. Durch Befragen stellte Verf. fest, dass der Patient zum ersten Male vor sechs Jahren eine Gonorrhoe acquirirt hatte und ziemlich nachlässig behandelt worden war. Vor fünf Jahren hatte sich der Patient zufällig mit den Sporen in den linken Hoden einen Schlag versetzt. Es stellten sich unmittelbar darauf Schmerzen im Hoden ein, letzterer schwoll dann mässig an und am Hodensack zeigte sich eine kleine Erosion. Der Schmerz blieb nicht lange bestehen, während die Geschwulst auch jetzt noch vorhanden ist. Der rechte Hoden zeigt normale Konsistenz und Struktur. Der Samenstrang ist normal. Statt des linken Hodens findet man eine elastische gänseeigrosse Geschwulst, die sich bei der Unter-

suchung mit der Kollmann'schen elektrischen Lampe als mit Flüssigkeit gefüllt erweist; bei dieser Durchleuchtung findet man im hinteren oberen Theile der Geschwulst den Hoden in Form eines dunklen eiförmigen Körpers. Die ganze Geschwulst zeigt mit dem Samenstrang der linken Seite gar keine Kommunikation. Letzterer wird vollständig isolirt vom Hoden in Form einer beweglichen Schnur gefühlt, die vom Inguinalring nach unten zum Hodensack verläuft und mit einer bohnengrossen Verdickung endet. Am Hodensack sind keine Spuren von Verletzung zu finden. Bei der Untersuchung der Harnröhre wird eine Reihe von Strikturen entdeckt. Wahrscheinlich war in diesem Falle der Samenstrang bei der vor fünf Jahren erlittenen Verletzung abgerissen worden. Lb.

Psychiatrie und Neurologie.

Ueber die vorübergehenden Zustände abnormen Bewusstseins in Folge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung.

Von Prof. C. Moeli.

(Allg. Ztschr. f. Psychiatrie etc., 57. Bd., Heft 2/3.)

M. theilt eine Reihe von Fällen mit, in denen Handlungen im Sinne eines schon lange bestehenden Vorstellungskreises bei veränderter Bewusstseinslage unter Alkoholwirkung ausgeübt sind, in einer zweiten Gruppe solche von Alkoholisten (ohne alle Zeichen von Epilepsie), die in geänderter Bewusstseinslage Handlungen ausführten, als deren Motive in der Zeit kurz vor dem Eintritt der akuten Bewusstseinsänderung vorhandene Vorstellungen nachweisbar sind; er bespricht dabei den Zusammenhang solcher Zustände mit Epilepsie und Hysterie, ihre Trennung von diesen Krankheiten, ihre Psychogenese und forensische Bedeutung. Samuel.

Zur allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Taboparalyse.

Von Binswanger.

(Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Band X, Heft 5.)

Es ist nicht angängig, bei vorhandener Paralyse Tabes allein aus reflektorischer Pupillenstarre und dem Westphal-schen Phänomen zu diagnostiziren; dazu bedarf es noch der Feststellung anderer Symptome wie der Ataxie, von Sensibilitätsstörungen, Krisen. Sehnervenatrophie gehört überwiegend dem tabischen Symptomenkomplexe an; Lähmungen der äusseren Augenmuskeln sind sowohl tabische wie paralytische Symptome. V. nimmt an, dass höchstens bei $^1/_5$ der Paralytiker Tabes sich findet.

Die Kombination der beiden Krankheitsbilder kann recht mannigfach sein. V. unterscheidet vier Möglichkeiten. Zur vorhandenen Tabes gesellt sich eine langsam, schleppend verlaufende Paralyse hinzu, oder es tritt eine unter stürmischen Erscheinungen einsetzende und tödtlich endigende Paralyse hinzu, oder es kommen gehäufte paralytische Anfälle mit rapidem Verlauf der Paralyse zur Tabes oder schliesslich entwickelt sich zuerst die Paralyse nach einem mehr oder weniger langen neurasthenischem Stadium in typischer Weise und erst später erscheint die Tabes.

Von der Taboparalyse ist scharf zu trennen die einfache, nicht progredient verlaufende postsyphilitische Demenz. Schliesslich können auch interkurrent auftretende, psychische Erkrankungen, die mit der Paralyse nichts zu thun haben, zu einer Fehldiagnose Veranlassung geben, wie in einem von V. mitgetheilten Falle von Tabes mit einer vorübergehenden Intoxikations-Amentia (Verwirrtheit, halluzinatorische Erregungen, Mutismus, katatonische Symptome).

Ernst Schultze.

Angeborene doppelseitige Starre (Little'sche Krankheit) bei Zwillingen mit Sektionsbefund.

Von Rolly.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenhlkd., 20. Band, 3.-4. Heft.)

Die Zwillinge zeigten von Geburt auf allgemeine Starre der Körpermuskulatur ohne Lähmungen mit Steigerung der Sehnenreflexe, athetoiden Bewegungen und zeitweilig auftretenden Krämpfen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine enorme Wucherung des Gliagewebes und der Blutgefässe im Gehirn und Rückenmark.

Das eine Kind wurde mit Kunsthilfe geboren und kam asphyctisch zur Welt; bei dem anderen traf weder das Eine noch das Andere zu. Das sog. Little'sche Moment kann somit als Ursache des Leidens nicht in Betracht kommen. Eher ist zu denken an die beiden gemeinsame kongenitale Lues. Schliesslich sind die beiden Patientinnen mit der 14. Entbindung geboren worden; so kann man an eine mit so zahlreichen Entbindungen einhergehende Erschöpfung des mütterlichen Organismus und damit verbundene ungünstige intrauterine Lebens- und Entwickelungsbedingungen denken.

Auf Grund seiner Beobachtungen ist V. geneigt, die kongenitale Muskelstarre ohne Lähmung als einen besonderen Krankheitstypus anzusprechen. Ernst Schultze.

Weiterer Beitrag zur kongenitalen Muskelstarre.

Von Rolly.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenhlkd., 20. Band, 3.-4. Heft.)

V. berichtet in dieser sich an die obige Arbeit anschliessenden Mittheilung über zwei weitere Fälle der unkomplizirten kongenitalen Muskelstarre. Der makroskopische Befund war negativ. Mikroskopisch fand sich Gliawucherung. Blutgefässreichthum, Leptomeningitis neben einer Entwicklungsanomalie und Wucherung der Ependymzellen im Cervikalkanal. In dem einen Falle liess sich Lues des Vaters, in dem andern kein ätiologisches Moment nachweisen.

Von den früher beobachteten Fällen unterschieden sich diese nur durch das Fehlen von Krampfanfällen. Dies genügt aber nicht zu einer Sonderstellung, zumal der pathologisch-anatomische Befund ein gemeinsamer war. Anderseits aber muss man Fälle von allgemeiner angeborener Muskelstarre ohne Lähmungen solchen mit Lähmungen gegenüberstellen; bei diesen letzteren handelt es sich auch um andere anatomische Befunde wie Porencephalie, Cyste etc.

Ernst Schultze.

Ueber das Westphal'sche Zeichen als Merkmal der erblichen Degeneration.

Von Max Sommer.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. X, Heft 3. Sept. 1901.)

Nach eingehender Mittheilung der einschlägigen Literatur berichtet V. über zwei Fälle von funktionellen Psychosen (dementia präcox, manisch-depressives Irresein), bei denen auch nicht mit Anwendung der Kunstgriffe die Patellarreflexe auszulösen waren. Funktionelle Erkrankungen des Nervensystems lassen die Patellarreflexe nur zeitweilig verschwinden. Hochgradige funktionelle Erschöpfung kann auch nicht in Betracht kommen, da in den Zeiten der anscheinenden Genesung die Reflexe nicht wiederkehrten. Ebenso wenig sind andere Erkrankungen irgend welcher Art anzuschuldigen. Es handelt sich also um eine angeborene Anomalie, die V. als Degenerationszeichen auffasst, wie das schon vordem Bloch und Wildermuth gethan haben. Bloch spricht das Fehlen der Reflexe bei einzelnen Gliedern aus neuropathisch belasteten Familien geradezu als „den Ausläufer, als das letzte Wahrzeichen der erlöschenden oder zeitweise ruhenden neuropathischen Diathese“ an. Ernst Schultze.

Ueber Synkinesien bei intaktem Nervensystem an der Hand eines selbst beobachteten Falles.

Von von Fragstein.

(Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Band X. Heft 5.)

Der sonst ganz gesunde Mann litt an diesen Mitbewegungen, so lange er sich zu erinnern vermochte; in Folge dessen konnte er beispielsweise keinen Violinunterricht nehmen. Bei willkürlichen Bewegungen der Muskeln der einen Körperhälfte führte die entsprechende Muskulatur der anderen Körperhälfte die gleichen Bewegungen aus. Die Mitbewegungen können nur abgeschwächt, aber nicht unterdrückt werden. Elektrische Reizungen einzelner Muskelgruppen oder isolirter Muskeln einer Seite hatten analoge, nach einiger Zeit auftretende Muskelkontraktionen der andern Seite im Gefolge. Gleichen Effekt hatten passive, plötzliche, forcirte Bewegungen, auch wenn bei diesen die Vornahme willkürlicher Bewegungen ausgeschlossen war.

Ernst Schultze.

Ueber das Auftreten von Kontrakturen bei Dystrophia muscularis progressiva.

Von Friedrich Hahn.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 20. Band, 3.-4. Heft.)

Mittheilung zweier einschlägiger Krankheitsgeschichten, die deshalb bemerkenswerth sind, weil der Spitzfuss als Frühsymptom auftrat, als das erste Symptom der sich entwickelnden Affektion. Die Kontraktion komme zu Stande durch den aktiven Zug der hypertrophischen Wadenmuskulatur und durch den Wegfall der Aktion der Antagonisten, welche die schwerfälligen und minder beweglichen Kranken weniger in Anspruch nehmen. Ob eine Affektion des Knochensystemes, die man nicht selten bei progressiver Muskelatrophie findet, dabei eine Rolle spielt, lässt Verf. unentschieden. Ernst Schultze.

Zur Auffassung der posthemiplegischen Bewegungsstörungen.

Von Bonhoeffer.

(Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Band X, Heft 5.)

Die posthemiplegischen Bewegungsstörungen (wie die hemichoreatischen, hemiathetotischen Bewegungen u. a.) sind nicht auf eine Reizwirkung der Pyramidenbahnen zurückzuführen, sondern auf die Läsion einer Bahn, welche centripetale Impulse vom Kleinhirn zur motorischen Rinde leitet. Dafür sprechen anatomische Befunde (das konstante Vorhandensein einer Läsion der Kleinhirnbindearmbahn oder ihrer Fortsetzung in die subkortikalen Ganglien) und klinische Zeichen (Hypotonie der Muskulatur und die bei der Chorea zu Tage tretende Störung der Willkürbewegung). Ernst Schultze.

Zur Frage der Pathogenese von Rückgratsverkrümmungen bei Syringomyelie.

Von S. Nalbandoft.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenhlkd., 20. Band, 3.-4. Heft.)

Rückgratverkrümmung findet sich nach den Angaben der Literatur in 40 bis 63 Prozent, nach Angaben des V.'s bis zu 74 Prozent der Fälle von Syringomyelie. Auf Grund eines genau untersuchten Falles ist V. der Ansicht, dass trophische Knochenprozesse die Entstehung der Verkrümmung bedingen.

Ernst Schultze.

Ohrenheilkunde.

Ueber Ohrenleiden bei Hysterischen.

Von Dr. Voss-Riga.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 40, 1. H.)

An der Hand von 39 theils kürzer, theils ausführlicher geschilderten Fällen von Hysterie giebt V. eine interessante Schilderung der verschiedenartigsten Ohrensymptome, die diese Kranken grossentheils auf rein hysterischer Grundlage darboten. Ob man allen Schlusssätzen, die er aufstellt, unbedingt beipflichten darf, soll hier nicht erörtert werden. Durchaus berechtigt aber ist zweifellos die Warnung vor Polypragmasie, nicht nur am Ohr, sondern auch in Nase und Rachen, zumal die auf anderen Gebieten bekannte Operationswuth der Hysterischen gerade auch den Ohrenerscheinungen gegenüber (und wohl auch denen in der Nase gegenüber) nicht selten hervortritt. Dass bei rein funktioneller Neurose des Ohres der Kranke nicht in die Behandlung des Ohren-, sondern in die des Nervenarztes gehört, mag für die Fälle, in denen Hysterie das Grundleiden ist, zugegeben werden. Ganz entrathen wird man des Beistandes des Ohrenarztes aber auch hier nicht können, zum Mindesten bei der Stellung der gerade hier ungemein schwierigen Diagnose nicht.

Mit seinem Schlusssatze — „Unsere jetzige Art der Nachbehandlung der Radikaloperation mit fortgesetzter Tamponade eignet sich absolut nicht für Kinder“ etc. Vom fünften Tage ab ist die Tamponade vollständig überflüssig etc. — tritt V. aus dem Rahmen seines Themas heraus und geht, namentlich auch im Hinblick auf das geringe Material, auf das er diesen Satz stützt, mit dieser ganz allgemein gefassten Behauptung ganz gewiss zu weit. Richard Müller.

Ueber die Erfolge der zu akustischen Zwecken unternommenen chirurgischen Eingriffe in der Trommelhöhle.

Von Prof. Dr. Gradenigo-Turin.

(Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 54, H. 1.)

Während noch im vergangenen Jahre Botey und Siebenmann die in Rede stehenden Eingriffe als unwirksam hinstellten, hat Gr. mit ihnen doch in einzelnen Fällen gute Erfolge erzielt. Gerade aber in den Fällen, die den ärztlichen Sachverständigen besonders interessiren, nämlich, wenn das innere Ohr wesentlich an dem Krankheitsprozesse betheiligt ist (Labyrintherschütterung bei Unglücksfällen, gewerbliche Schwerhörigkeit), stellt G. jede Operation im Mittelohr als kontraindizirt hin. Da Schwerhörige, namentlich in grossen Städten, wo sie viel mit Polikliniken in Berührung kommen, oft Gelegenheit haben, zu hören, dass Schwerhörigkeit auf operativem Wege gebessert werden könne, und dann nicht selten mit einem entsprechenden Ansuchen an den ärztlichen Gutachter herantreten, so wird obige Mittheilung Gradenigo's auch für unseren Leserkreis von Interesse sein.

Richard Müller.

Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose intracranieller Komplikationen der Otitis.

Von Dr. Iwan Braunstein.

(Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. 54. Heft 1.)

In der Universitätsohrenklinik zu Halle a. S., wo B. Hilfs-Assistent ist, wird seit 1896 die Lumbalpunktion als diagnostisches Hilfsmittel angewandt, um bei otitischen Erkrankungen mit intracraniellen Komplikationen entweder durch Ausschluss einer Meningitis purulanta diffusa die noch vorhandene Berechtigung zu einem operativen Eingriff darzuthun, oder durch Feststellung einer solchen von einer Operation wegen ihrer Aussichtslosigkeit auf Erfolg Abstand zu nehmen.

Nach den bisher in Halle gesammelten Erfahrungen schliesst der Nachweis einer normalen Cerebrospinalflüssigkeit bei Otitis das Bestehen einer diffusen, eiterigen Meningitis sicher aus, wenn durch die Menge der gewonnenen Punktionsflüssigkeit deren Herkunft aus der Schädelhöhle gewährleistet ist. Der Nachweis krankhafter Beschaffenheit der Punktionflüssigkeit beweist unter denselben Verhältnissen das Bestehen einer

diffussen Meningitis purulenta. Die opalisirende Trübung der Cerebrospinalflüssigkeit sichert mit grosser Wahrscheinlichkeit den Schluss auf Meningitis tuberculosa, auch wenn bei der mikroskopischen Untersuchung zunächst keine Tuberkelbazillen im Liquor gefunden werden.

Die Lumbalpunktion ist daher nach B. ein diagnostisches Hilfsmittel von ganz hervorragender Bedeutung für alle Erkrankungen des Schädelinhaltes. Richard Müller.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Nervenleiden in Folge eines Unfalls.

Rek.-Entsch. vom 4. Januar 1901.

A. B. zu W. erlitt am 11. März 1899 durch Betriebsunfall eine Quetschung an Kopf, Hals, Brust und Beinen und wurde hieran bis 27. Juli 1899 im Krankenhause von Dr. H. behandelt. Er erhielt seit dem 28. Juli 1899 Vollrente. Am 23. August wurde B. zur Nachbehandlung in das Institut des Dr. L. aufgenommen und am 7. Januar 1900 aus demselben als gebessert entlassen. Dr. L. führt in seinem Entlassungsgutachten aus, dass die Brustorgane gesund sind. Der Kopf wird etwas steif gehalten und etwas nach links gedreht, ist passiv, aber, vorausgesetzt, dass B. nicht spannt, ganz gut beweglich, ebenso ist dieses die Wirbelsäule, wenn B. nur will. Der linke Arm, den er nur bis zur Horizontalen aktiv erheben können will, ist im Schultergelenk frei beweglich. Die motorische Kraft des linken Armes ist etwas schwächer als rechts, doch zeigen die Arme keine nennenswerthen Umfangsdifferenzen. Dr. L. ist auf Grund der Monate langen Beobachtung zu der Ueberzeugung gekommen, dass B. bewusst übertreibt und dass er sich, wenn er sich ärztlich beobachtet glaubt, ganz anders giebt, als sonst. Die Einbusse, die B. aus Anlass des Unfalls in seiner Erwerbsfähigkeit erleidet, schätzt der Sachverständige auf 50 Prozent und empfiehlt, dem B. ausserdem bis Ende Juni 1900 eine Schonungsrente von $16^2/_3$ Prozent zu bewilligen, die ihm den Uebergang zu einer Thätigkeit erleichtert. Hierauf hat die Berufsgenossenschaft dem B. mit dem 8. Januar 1900 eine Rente von 50 Prozent und ausserdem bis Ende Juni 1900 eine $16^2/_3$ prozentige Schonungsrente gewährt. Gegen diesen Bescheid hat B. Berufung eingelegt und die Gewährung der Vollrente beantragt, weil er nicht im Stande sein will, die geringste Arbeit auszuführen, da er weder sitzen noch stehen könne und auch sogar beim Liegen die heftigsten innerlichen Schmerzen empfinde, in Folge dessen auch der Wartung und Pflege bedürfe. Die Berufung wurde aber zurückgewiesen. In seinem Rekurse behauptete der Kläger, noch völlig erwerbsunfähig zu sein. Auf Beschluss des Rekursgerichtes ist der Direktor der inneren Abtheilung des Krankenhauses, Professor Dr. F. in B., um ein Gutachten darüber ersucht worden, worin die Folgen des Unfalls bestehen, den der Kläger am 11. März 1899 erlitten hat, und in welchem Grade der Kläger seit dem 8. Januar 1900 durch die Unfallfolgen in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt wird. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab. Nach dem auf dem Ergebniss einer achttägigen Beobachtung des Klägers beruhenden Gutachten des Professors Dr. F. vom 11. November 1900, leidet der Kläger in Folge des Unfalls an einer chronischen nicht leichten Nervenkrankheit, die besonders die Muskulatur der linken Hälfte zum Angriffspunkt hat. Sie prägt sich namentlich in ausgedehnter, schmerzhafter, fast andauernder Muskelzusammenziehung aus und ist bereits soweit gediehen, dass die der Spannung unterworfenen Muskeln zumal im Bereiche der ganzen unteren linken Extremität abgemagert sind. Daneben laufen Zeichen nervöser, reizbarer Schwäche, wie krankhaft gesteigerte Herzerregbarkeit und Sehnenreflexe. Endlich kommt eine Abnahme des Körpergewichtes um etwa 20 Pfund in Betracht. Der Sachverständige ist der Meinung, dass die durch dieses Nervenleiden verursachte Erwerbsunfähigkeit sich der Grenze völliger Erwerbsunfähigkeit nähere. Gleichwohl befürwortet er nur die Fessetzung einer Rente von 80 bis 90 Prozent der Vollrente, indem er hervorhebt, dass der Zwang zur Arbeit einen heilsamen Einfluss auf den Zustand des Klägers ausüben und voraussichtlich eine weitere Steigerung seiner Energielosigkeit verhindern werde. Unterliegt es hiernach auch keinem Zweifel, dass sich der Kläger zur Zeit seiner Untersuchung durch Professor Dr. F. in dem von diesem geschilderten Zustande befunden hat, so können doch andererseits die Gutachten des Dr. L. in B. vom 10. Januar 1900 und des Nervenarztes Dr. P. ebenda vom 2. März 1900, worin ein weit geringeres Mass nervöser Krankheitserscheinungen festgestellt und der Grad der dem Kläger verbliebenen Erwerbsfähigkeit höher veranschlagt worden ist als in dem Atteste des Professors Dr. F., nicht völlig ausser Acht gelassen worden. Vergleicht man alle diese Gutachten mit einander, so ergiebt sich, dass es sich hier nicht um einen längere Zeit im Wesentlichen gleichbleibenden Zustand handelt, sondern, dass das Nervenleiden des Klägers bald in einem geringeren, bald in einem höheren Grade in die Erscheinung tritt und seine Erwerbsfähigkeit bald weniger, bald mehr herabsetzt. Bei dieser Sachlage hat das Rekursgericht nach freiem Ermessen den Grad der durch den Unfall verursachten Erwerbsunfähigkeit des Klägers für die Zeit vom 8. Januar 1900 ab auf durchschnittlich 75 Prozent veranschlagt und demgemäss die Rente berechnet. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsschädliches Wasser.

Entsch. vom 17. September 1901.

Der Architekt Sch. in K. wurde am 31. Juli v. J. aufgefordert, das Wasser aus einem auf seinem Grundstück befindlichen Brunnen zu Genusszwecken nicht mehr zu verwenden, noch verwenden zu lassen, ferner an dem Brunnen an einer in die Augen fallenden Stelle die Bezeichnung gesundheitsschädliches Wasser anzubringen und stets lesbar zu erhalten, sowie das Grundstück bis zum 1. September 1900 an die städtische Wasserleitung anschliessen zu lassen. Nach erfolglosem Widerspruch erhob Sch. Klage und betonte, dass früher das Wasser seines Brunnens von der Behörde als vorzüglich empfohlen sei. Der Bezirksausschuss erkannte auf Abweisung der Klage, nachdem der Direktor des bakteriologischen Laboratoriums ein Gutachten erstattet hatte. In der Begründung wurde u. A. ausgeführt: durch zweimalige Untersuchung des Wassers durch die städtische Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalt ist zunächst festgestellt worden, dass das Wasser zwar von klarer Beschaffenheit war, aber eine Menge fremder Substanzen, insbesondere salpetrige Säuren enthielt; eine mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung ist damals nicht vorgenommen, aber später nachgeholt worden. Die Untersuchung hatte ergeben, dass das Wasser einen auffallend starken Keimgehalt hatte. In zwei Wasserproben wurden in einem Kubikzentimeter Wasser über 850 Keime gefunden, während gutes Trinkwasser höchstens 100 Keime enthalten darf und das Wasser der städtischen Wasserleitung nur 8 Keime in einem Kubikzentimeter aufwies. Auch hatte der Sachverständige festgestellt, dass eine Beeinflussung des Wassers im Brunnen durch die benachbarten Senkgruben und einen Abort angenommen werden müsse. Bei der hierdurch veranlassten jauchigen Infiltration des Erdbodens vermöge

auch eine Beseitigung oder Ausbesserung der Gruben eine erhebliche Verbesserung nicht zu erzielen. Der Sachverständige kommt schliesslich zu dem Ergebniss, dass das Wasser des Brunnens eine erhebliche Infektionsgefahr enthalte und der Brunnen daher zu schliessen sei. Das Oberverwaltungsgericht erachtete diese Entscheidung in der Hauptsache für zutreffend, hob jedoch die polizeiliche Verfügung insoweit auf, als sie verbietet, das Wasser zu Genusszwecken zu verwenden oder verwenden zu lassen; diese Forderung der Polizei sei theils unberechtigt, theils zu unbestimmt.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Weber, L. W. Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena. Gustav Fischer. 1901.

Verfasser bringt 35 Krankheitsgeschichten von Epileptikern mit den zugehörigen anatomischen Befunden und untersucht, ob sich seine Fälle unter das Bild der echten Epilepsie einreihen lassen, ob Besonderheiten in der Aetiologie und im klinischen Verlaufe die Aufstellung einzelner Unterabtheilungen rechtfertigen und ob dies auch in der Verschiedenheit der anatomischen Befunde zum Ausdruck kommt. Als echte Epilepsie umschreibt er, um dies gleich vorweg zu nehmen, im Sinne von Binswanger, Jolly, Bratz, diejenige chronische Erkrankung des Nervensystems, welche auf einer Veränderung des ganzen Gehirns, vorzüglich aber der Hirnrinde, beruht und sich äussert in periodisch wiederkehrenden Anfällen von bestimmtem Charakter, in Bewusstseinsstörungen und in dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit.

Verfasser giebt eine eingehende kritische Besprechung der von ihm erhobenen anatomischen Befunde, besonders ausführlich natürlich der mikroskopischen Hirnbefunde, bei deren Mittheilung er der Reihe nach das Verhalten der Pia, Glia, Gefässe, Nervenfasern und Ganglienzellen erörtert. Die bei der Epilepsie nicht selten zu findende Arteriosclerose und Hypertrophie des linken Ventrikels sind vielfach nicht Ursache, sondern Folge der Epilepsie und kennzeichnen die längere Dauer der Erkrankung, die Schwere und Häufigkeit der Anfälle. Von den makroskopischen Hirnbefunden ist eine Atrophie und Sclerose des Ammonshorns hervorzuheben; wie Bratz sieht er darin den Ausdruck angeborener, durch hereditäre Belastung bedingter Gehirnveränderung.

Aus dem klinischen Theile der inhaltsreichen Arbeit sei ebenfalls nur einiges mitgetheilt. Mit Bratz vereinigt er unter dem Ausdruck „Frühepilepsie" die Fälle sogenannter genuiner Epilepsie mit allen andern, die durch Schädlichkeiten in der Entwicklungsperiode entstanden sind.

Hier fand sich meist eine regelmässige, der Struktur der Hirnrinde angepasste Wucherung der Glia unter der Pia, mässige Verdickung der Gefässwandungen, langsam fortschreitende, progressive Metamorphose der Nervenfasern und Nervenzellen; diese Veränderungen sind um so stärker ausgesprochen, je älter die Krankheit ist. Auslösende Momente können Magendarmstörungen sein oder Zirkulationsstörungen; auch hier, wo man von Magenepilepsie, Herzepilepsie etc. reden kann, lässt sich der gleiche anatomische Rindenbefund erheben.

Für die sogenannte „Spätepilepsie", bei der eine im späteren Leben, nach dem dritten Jahrzehnt erlittene Schädlichkeit (Kopfverletzung, Vergiftung, herdförmige Hirnerkrankung, Arteriosclerose) eine wesentliche ätiologische Rolle gespielt hat, lassen sich bei oft äusserlich intaktem Gehirn eine unregelmässige Wucherung der Rindenglia, gröbere Veränderungen in den Gefässen, Störung der normalen Rindenstruktur nachweisen. Diese Veränderungen sind durchaus verschieden von denen bei der Frühepilepsie und daher differentialdiagnostisch zu verwerthen.

Verfasser berichtet noch über länger dauernde Zustände von ängstlicher Erregung, halluzinatorischer Verwirrtheit, schwerer Benommenheit bei Epileptikern. Diese Zustände, die, wenn sie nicht zum Tode führen, einen weiteren körperlichen und geistigen Verfall mit sich bringen, fasst er als ein Aequivalent des status epilepticus auf. Er weist für sie eine gemeinsame anatomische Grundlage (Hyperämie, Austritt von flüssigen und geformten Blutbestandtheilen, Gewebsblutungen, Anhäufung von Gliazellen und Lymphocyten um die Gefässe und Ganglienzellen) nach. Da diese Prozesse sowohl in der Hirnrinde wie auch im zentralen Höhlengrau und dem verlängerten Mark sich abspielen, erklären sie die isolirt auftretenden Reizungs- und Lähmungserscheinungen an den Extremitäten einerseits, die zirkulatorischen, respiratorischen, reflektorischen andererseits.

Ernst Schultze.

Wilbrand und Saenger. Die Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte. Mit 49 Textabbildungen. Zweiter Band der „Neurologie des Auges". Wiesbaden 1901. 324 Seiten.

Der erste Band des vorliegenden Werkes ist schon früher in dieser Zeitschrift besprochen worden. Das erste Kapitel des zweiten Bandes beschäftigt sich mit den Thränenorganen. Die Anatomie und Physiologie der Thränensekretion findet eingehende Erörterung, bei der Pathologie wird zunächst die vermehrte Thränensekretion abgehandelt, sodann das Versiegen der Thränen, das Blutweinen und das Thränenträufeln in Folge gehinderter Ableitung der Thränen. Das zweite Kapitel bespricht die Beziehungen des Trigeminus zum Auge. Nach eingehender Betrachtung der Anatomie und Physiologie dieses Nerven, soweit er in Beziehung zum Auge steht, wird der Einfluss der Reiz- und Lähmungszustände des Trigeminus auf das Auge erörtert. Besonderes Interesse bieten die trophischen Störungen dieses Nerven dar, als deren Folgeerscheinungen die verschiedenen Formen des Herpes zoster ophthalmicus und die Keratitis neuroparalytica anzusehen sind. Das Werk zeichnet sich durch Gründlichkeit und Vollständigkeit aus. Zur Erläuterung dienen zahlreiche Abbildungen.

Groenouw.

Reissner, Bilder aus der Irrenanstalt. Berlin 1900, Otto Salle, 79 Seiten, Preis 1 Mark.

Man kann auf vielen medizinischen Gebieten zweifeln, ob es zweckmässig ist, dem Laienpublikum eine Aufklärung zu ertheilen, welche nur zu leicht zu anspruchsvoller und überhebender Halbbildung führt. Auf dem Gebiete des Irrenwesens aber herrscht im Publikum ein so dicker und wüster Aberglaube, dass alle anderen Rücksichten hinter der Nothwendigkeit einer verständigen Belehrung zurücktreten müssen. Mit Freude und Anerkennung begrüssen wir daher die vorliegende Schrift eines federgewandten und über die einschlägigen Verhältnisse durch eigene Studien gut unterrichteten Laien, der statt der üblichen tendenziösen Entstellungen ein in vieler Beziehung musterhaft zutreffendes Bild von dem Leben in den Irrenanstalten giebt. Hie und da will es uns allerdings scheinen, als seien die Kranken gar zu harmlos, heiter und ruhig dargestellt. Im Ganzen können wir den Kollegen nur empfehlen, die Verbreitung des verständigen Büchleins zu fördern.

Tagesgeschichte.

Die weibliche Krankenpflege in den Hospitälern.

In einigen sensationellen Brochüren sind in neuerer Zeit

sittliche Missstände behauptet worden, die in den Hospitälern aus der Hilfeleistung der Krankenpflegerinnen bei der Behandlung männlicher Kranker erwachsen sollen. Daraufhin ist jüngst eine Konferenz von Krankenhausleitern in der Charité zusammengetreten, welche, der Berliner medizinischen Wochenschrift zu Folge, zu nachstehenden Ergebnissen führte.

Die Ausdehnung der Schwesternpflege auf männliche Kranke sei durchaus nicht aufzugeben.

Ausschliessliche Schwesternpflege sei aber besonders für die Berliner Verhältnisse nicht möglich, die Pflege der männlichen Kranken würde am besten durch ein gemischtes System gesichert; besonders wäre männliche Hilfe in den Aufnahmestationen der Männer, in den Badehäusern, für Schmierkuren, Massage, in den Abtheilungen für Geschlechtskranke, für Deliranten unumgänglich nothwendig, auf den anderen Abtheilungen wären für diejenigen Hilfeleistungen, die das Sittlichkeitsgefühl der Schwestern verletzen könnten, männliche Hilfskräfte erforderlich, die am Besten den Schwestern unterstellt wären. In den Verträgen mit Schwesternschaften ist ein Paragraph aufzunehmen, wonach die Schwestern nicht zu Hilfeleistungen herangezogen werden dürfen, die ihr Sittlichkeitsgefühl verletzen, es sei denn, dass Gefahr im Verzuge ist. Gleichzeitig wurde beschlossen, dass die Versammlung über ihre Tagung an das Ministerium berichte und den Vorständen der Schwesternverbände Mittheilungen von den Berathungen gemacht werde, sowie von den Krankenhausdirektoren das über die Verhandlungen aufzunehmende Protokoll ihren vorgesetzten Behörden einzureichen sei. Dadurch würde den betreffenden Kreisen die nöthige Grundlage für die Vertretung der Angelegenheit an die Hand gegeben.

Die Stellungnahme der Aerzteschaft zu dieser Frage will wohl erwogen sein. Zweifellos ist es unrichtig, die Schwestern bei männlichen Kranken zur Ausführung von dem Schamgefühl unangenehmen Hilfeleistungen heranzuziehen, für welche sich unter allen Umständen eine geeignete männliche Kraft finden lässt und die in kleineren Betrieben der Arzt selbst ausführen kann, wie etwa Bauchmassage, Katheterismus, Anlegung von Verbänden in der Leistengegend und dergleichen. Es giebt aber doch auch Hilfeleistungen, für die man ein besonders geschultes Personal braucht, wie es, besonders in Krankenhäusern kleinerer Orte und in Privat-Kliniken, doch lediglich die Schwestern zu sein pflegen. Wir denken dabei vorzugsweise an die Pflege von Schwerkranken und an grössere Operationen. Es liege beispielsweise in einem kleinen Krankenhause, das mit einer oder zwei Schwestern als Pflegepersonal bequem auskommt, ein männlicher Typhuskranker, der nicht etwa von einem aushilfsweise angenommenen Heilgehilfen von zweifelhaften Qualitäten, sondern nur von einer zuverlässigen und wohlunterrichteten Pflegerin versorgt werden kann — bei einem solchen Kranken muss man selbstverständlich der Schwester alle Verrichtungen zumuthen dürfen. Die Zuziehung von Schwestern bei Operationen an Männern, bei denen eine völlige Entblössung nothwendig ist, wird noch weit häufiger unvermeidlich. Referent hat selbst in einem grösseren Krankenhause, in dem den Schwestern die Theilnahme an solchen Operationen untersagt war, das Missliche dieses Verbots oft lästig empfunden. Trotzdem drei Aerzte und ein geprüfter Heildiener zugegen waren, war doch bei grossen Operationen besonders das Fehlen der Operationssaals-Schwester, welche sonst das Zureichen der Instrumente und Verbandstoffe besorgte, peinlich genug. Je geringer die Zahl der verfügbaren männlichen Personen ist, desto eher gelangt man an einen Punkt, an dem ohne Beihilfe der Schwester das Operiren unmöglich wird.

Nun muss man ja auch sagen, dass Verrichtungen wie die eben angeführten gar nicht geeignet sind, das Sittlichkeitsgefühl der Schwestern zu verletzen. Bei einer schweren Krankheit oder ernsten Operation ist die Aufmerksamkeit aller Betheiligten so vollständig durch die Sache selbst in Anspruch genommen, dass bei jedem sittlich reifen Menschen alle Nebenumstände aus dem Gesichtskreise verschwinden.

Der Ausdruck „Hilfeleistungen, die ihr Sittlichkeitsgefühl verletzen" ist noch nach einer anderen Richtung hin nicht eindeutig genug. Man sollte meinen, dass auch Handreichungen der Schwestern bei weiblichen Kranken, z. B. bei den oft mit den schamlosesten Worten um sich werfenden Prostituirten, häufig genug das Sittlichkeitsgefühl verletzen müssen. Und doch ist hier weibliche Hilfe schlechterdings unentbehrlich.

Es ist also zu befürchten, dass mit vorgeschriebenen Regeln, kein die Interessen der Kranken und die berechtigte Rücksicht auf die Schwestern gleichmässig befriedigendes Ergebniss erzielt werden wird. Eine Einigung über gewisse grundlegende Voraussetzungen zwischen den Schwesterverbänden und den Aerzten ist gewiss erwünscht und erreichbar, aber im Einzelnen bleibt die hier erörterte Frage eine Frage des Taktes. Vor Allem müssen die Leiter der Schwesternverbände an alle solchen Plätze, an welchen eine ausgiebige Beschäftigung der Schwestern mit männlichen Kranken zu erwarten ist, nur solche Pflegerinnen stellen, bei denen eine genügende Reife des Urtheils und Sicherheit des Auftretens durch ihre persönlichen Eigenschaften und ihre Erfahrung gewährleistet ist.

F. L.

Reform des Medizinalwesens in Luxemburg.

Das Grossherzogthum Luxemburg besitzt seit dem letzten Jahre ein neues Gesetz über die Ausübung der Heilkunde, welches gerade zu einer Zeit, in der bei uns Kurpfuschereiverbot, Standesordnungen und dergleichen an der Tagesordnung sind, auch den reichsdeutschen Aerzten manches Beachtenswerthe bietet.

Der erste Grundsatz des Gesetzes ist der, dass zur Ausübung der Heilkunde nur Aerzte, Zahnärzte, Hebammen und Thierärzte berechtigt sind. Die Hebammen sind hierbei insofern beschränkt, als sie sich keiner geburtshilflichen Instrumente bedienen und keine Arzeneien verschreiben dürfen und dass sie im Falle unregelmässigen Geburtsverlaufes einen Arzt, der Doktor der Geburtshilfe ist, zuziehen müssen. Es ist gestattet, dass Studirende der Medizin von Aerzten als Assistenten angestellt und zu den Kranken geschickt werden, und dass Personen, welche nicht Zahnärzte sind, aber sich auch nicht als solche ausgeben, gelegentlich Zähne ziehen. Ausnahmsweise können im Falle höherer Gewalt Studirende der Medizin widerruflich auf höchstens drei Monate zur Ausübung der Heilkunde von der Regierung ermächtigt werden.

Die Aerzte und Hebammen sind verpflichtet, jeden Fall von ansteckenden Krankheiten, soweit dieselben auf einer noch festzustellenden Liste verzeichnet sind, der Oberbehörde zu melden. Die Aerzte erhalten Mittheilung von den auf ihre Meldung hin veranlassten Massregeln (eine sehr nachahmenswerthe Einrichtung! Red.)

Desgleichen sind sie verpflichtet, den Requisitionen der Gerichtsbehörden Folge zu leisten. Die ungesetzliche Ausübung der Heilkunde wird mit einer Geldbusse von 100 bis 500 Franken und im Wiederholungsfall mit einer Geldbusse von 500 bis 1000 Franken und mit einer Gefängnissstrafe von acht Tagen bis sechs Monaten, oder mit nur einer dieser Strafen bestraft.

Die ungesetzliche Ausübung der Zahnheilkunde oder der Thierarzeneikunde wird mit einer Geldbusse von 50 bis 100 Franken, und im Wiederholungsfalle mit einer solchen von 100 bis 500 Franken bestraft.

Die ungesetzliche Ausübung der Geburtshilfe wird mit einer Geldbusse von 50 bis 100 Franken und im Wiederholungsfall mit einer Geldbusse von 100 bis 500 Franken und mit einer Gefängnissstrafe von acht Tagen bis sechs Monaten oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Diejenigen, welche unter unrechtmässiger Beilegung des Doktortitels die Heilkunde oder die Zahnheilkunde ungesetzlich ausüben, werden mit einer Geldbusse von 1000 bis 2000 Franken und im Wiederholungsfall mit einer Geldbusse von 2000 bis 3000 Franken und einer Gefängnissstrafe von acht Tagen oder mit nur einer dieser Strafen bestraft.

Dementsprechend wird auch die unrechtmässige Beilegung der Titel: Zahnarzt, Thierarzt oder Hebamme bestraft.

Jede Uebereinkunft zwischen einem Mediziner und einem Apotheker, durch welche Ersterem Gewinne oder Vortheile für von ihm zu verschreibende Arzneien zugesichert werden, ist nichtig. Nichtig ist ebenfalls jede Uebereinkunft zwischen einem Arzt und einer Hebamme, wodurch der Letzteren Vortheile für Kunden, die sie Ersterem verschafft, zugesichert werden.

In diesem Falle werden der Mediziner, der Apotheker, die Hebamme mit einer Geldbusse von 200 bis 500 Franken bestraft. Im Wiederholungsfall tritt eine Geldbusse von 500 bis 1000 Franken und eine Gefängnissstrafe von acht Tagen bis zu einem Monat oder nur eine dieser Strafen ein.

Durch Verurtheilung wegen bestimmter, namentlich aufgeführter Verbrechen und Vergehen werden die Medizinalpersonen ihrer Rechte dauernd oder zeitweise verlustig. Gerichtliche Entmündigung kann auch das Verbot der Ausübung ihres Faches für die Entmündigten nach sich ziehen. Eintretenden Falles wird es neben der Entmündigung von dem mit dem Verfahren befassten Zivilgericht ausgesprochen.

Es ist ohne weiteren Kommentar einleuchtend, dass Vieles in diesem luxemburgischen Gesetz auch bei uns de lege ferenda der Achtung verdient, z. B. kommt auch dem letzten Punkte — Ausübung der Heilkunde durch entmündigte Personen — eine nicht zu unterschätzende praktische Bedeutung zu. Wollte man in Deutschland unter den „Laienärzten“ Umschau halten, so fände man gewiss etliche Exemplare der oben bezeichneten Gattung.

Taubstummen-Statistik.

Auf Beschluss des Bundesrathes wird vom 1. Januar 1902 ab eine fortlaufende statistische Aufnahme der Taubstummen in der Weise erfolgen, dass über jedes taubstumme oder der Taubstummheit verdächtige Kind ein Fragebogen ausgefertigt wird. Beim Eintritt in das für Vollsinnige schulpflichtige Alter ist der erste Theil des Fragebogens, bestehend aus 12 Fragen, welche die erblichen und familiären Verhältnisse und die bisherige Entwickelung des Kindes betreffen, auszufüllen; nach Eintritt in die Taubstummen-Anstalt der zweite Theil, dessen acht Fragen sich hauptsächlich auf den körperlichen und geistigen Befund erstrecken.

Während der zweite Abschnitt naturgemäss nur von den Aerzten und Lehrern der Anstalt erledigt werden kann, heisst es, dass die Fragen 1—12 von dem „untersuchenden Arzte“ beantwortet werden sollen, welcher sich zu diesem Zwecke nicht nur an die Angehörigen des taubstummen Kindes wenden, sondern auch mit Lehrern, Geistlichen und behandelnden Aerzten in Verbindung treten soll. Die Ergebnisse der Statistik werden im Reichs-Gesundheitsamt bearbeitet werden.

Der Wirkungskreis der Aerzte wird durch die Mitwirkung bei dieser Statistik wieder eine Erweiterung nach der Seite der öffentlichen Gesundheits-Pflege erfahren, und man kann sogar hoffen, dass die mühevolle Erhebung der zahlreichen Vorgeschichts-Daten zu einer gewissen Schulung führen wird, die Manchem bei anderen ähnlichen Aufgaben, wie sie besonders dem ärztlichen Sachverständigen zufallen, zu Gute kommen wird.

Die Frage, welche Aerzte dazu berufen sein sollen, die Fragebogen auszufüllen, und nach welchem Tarif, bezw. von wem ihre Leistungen abgegolten werden sollen, ist in der bundesräthlichen Verordnung nicht gestreift.

Der Zuwachs an unfallversicherungspflichtigen Betrieben.

In die Unfallversicherung ist durch die Unfallversicherungsgesetznovelle bekanntlich eine Reihe von Gewerbszweigen neu einbezogen worden. Ueber die berufsgenossenschaftliche Organisation dieser Gewerbszweige hat der Bundesrath bereits Bestimmungen getroffen. Danach wird für diese Gewerkszweige voraussichtlich mit dem Beginn des kommenden Jahres die Gesetzgebung in Kraft treten. Nach den bei den unteren Verwaltungsbehörden eingegangenen Anmeldungen wird es sich um einen Zuwachs von mindestens 87000 Betrieben mit annähernd 160000 beschäftigten Personen handeln. Daran ist von den bestehenden Berufsgenossenschaften am stärksten betheiligt die Fleischerei-Berufsgenossenschaft, die eine Zunahme von mehr als 30000 Betrieben mit 45000 Arbeitern erfährt; ferner werden zur Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft mindestens 7000 mit einem Handelsgewerbe verbundene Lagerungs- und Beförderungsbetriebe, zu den Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften etwa 6000 Schlossereien, zur Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft etwa 4000 kleinere Brauereibetriebe hinzutreten. Die einzige vom Bundesrath beschlossene neue Berufsgenossenschaft ist die das ganze Reich umfassende Berufsgenossenschaft für Betriebe, welche sich auf die Ausführung der Schmiedearbeiten erstrecken. Diese neue Berufsgenossenschaft wird nach der „Berufsgenossenschaft“ nahezu 40000 versicherungspflichtige Schmiedebetriebe mit etwa 62000 beschäftigten Arbeitern umfassen.

(Kompass.)

Einheitliche Grundsätze in der Erledigung literarischer Polemiken.

Die freie Vereinigung der medizinischen Fachpresse hat in ihrer Generalversammlung in Hamburg im September v. J. auf Antrag des Herrn Ewald folgende Thesen über literarische Polemiken einstimmig angenommen:

I. Jede literarische Fehde ist mit der Replik des ersten Autors zu schliessen. Nur in Ausnahmefällen wäre dem B. das Recht einer zweiten Erwiderung (Duplik) zuzugestehen. Immer aber würde A. das Schlusswort haben.

II. Entgegnung (Replik, Duplik etc.) können in Petit und in der zweiten Hälfte des Blattes gedruckt werden, auch wenn der erste Aufsatz unter den Originalien mit grösserem Schriftsatz stand.

III. Die freie Vereinigung der medizinischen Fachpresse erkennt an, dass die Redaktionen berechtigt sind, eingehende Erwiderungen u. dgl. vor der definitiven Drucklegung dem angegriffenen Autor zuzustellen.

Mittheilung.

Vom heutigen Datum ab ist Herr Professor Dr. Haug, Vorstand der Ohrenabtheilung der Königl. Universitätspoliklinik in München, Mitredakteur der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung für das Gebiet der Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. № 3. Ausgegeben am 1. Februar.

Inhalt:

Die Kriminalität der Unfallverletzten.*)

Von
Dr. A. Leppmann-Moabit,
Medizinalrath.

Eine neue soziale Einrichtung von dem Umfange der Fürsorge, wie sie durch die Unfallgesetzgebung den arbeitenden Klassen gewährleistet ist, muss die Bedingungen zur Begehung strafbarer Handlungen verschieben, und in erster Reihe müsste man glauben, dass durch Schaffung einer gesetzlich gesicherten Entschädigung für Arbeitsunfälle, welche an die Stelle der ehedem oft nothwendigen Armenpflege getreten ist, die Zahl der Eigenthumsverbrechen günstig beeinflusst werden müsse.

Diese theoretische Voraussetzung findet in der Kriminalstatistik keine Unterstützung und damit wird der alte Erfahrungssatz gerechtfertigt, dass es nicht die absolute Bedürftigkeit ist, welche zum Rechtsbruch treibt, sondern nur die Noth und Rathlosigkeit eines ungünstigen Augenblicks, verbunden mit subjektiven Eigenschaften des Individuums, wie Leichtsinn, Unfähigkeit mit Geld umzugehen etc.

Unter den Eigenthumsverbrechern, welche trotz einer erheblichen Theilrente und neben derselben bestehender genügender Arbeitsfähigkeit in Strafanstalten eingeliefert werden, befinden sich Personen, für die gerade die Thatsache, dass sie im Verlauf eines länger dauernden, z. B. medikomechanischen Heilverfahrens müssig gehen konnten, zum Verfall in den Rechtsbruch verhängnissvoll war. Andere wieder waren, als sie einen entschädigungspflichtigen Unfall erlitten, bereits so in verbrecherische Gewohnheiten verfallen, dass sie, trotzdem sie durch ihre Rente vor der grössten Noth gesichert waren, vom Stehlen nicht lassen konnten.

War auf der einen Seite die Möglichkeit vorhanden, die Zahl der strafbaren Handlungen durch die Unfallgesetzgebung vermindert zu sehen, so ist durch die Gesetzgebung selbst eine neue Wurzel des Verbrechens geschaffen worden, nämlich die Anreizung zum Versicherungsbetruge. Rechnen wir die vielen Verletzten ab, die in der Furcht, um ihr gutes Recht zu kommen, und in dem Gefühle wirklichen Siechthums ihre thatsächlichen Beschwerden übertreiben, so macht sich bei der Mehrzahl der wirklichen Versicherungsbetrüger, d. h. bei denjenigen, die in hartnäckiger Weise entweder ein Krankheitsbild völlig vorzutäuschen suchen, oder geringe Beschwerden in einer ihre Erwerbsminderung weit überragenden Weise aufbauschen, in der greifbarsten Form die That-

*) Nach einem Vortrage auf der Naturf.-Vers. in Hamburg.

sache geltend, dass das Verbrechen fast niemals rein soziale Ursachen hat, sondern dass daneben noch wesentliche individuelle Gründe in Frage kommen. Die Unfallsimulanten sind, meiner Ueberzeuguug nach, so gut wie niemals geistig vollwerthige Menschen. Es sind entweder Schwachsinnige, deren Uebertreibungen sehr durchsichtig sind, und welche mit einer gewissen Enge ihres Ideenkreises trotzdem an ihren läppischen Kunststücken festhalten. Oder — und diese sind viel gefährlicher — es sind phantastisch Minderwerthige, in deren ganzem Leben die wuchernde Einbildungskraft eine Rolle spielt, denen das Fabuliren und Sichwichtigthun zur anderen Natur geworden ist, und für welche die Thatsache, dass sie als Unfallverletzte für besonders beobachtungswerth gehalten werden, ausschlaggebend wird. Das sind die Personen, welche in Vorzimmern von Aerzten, Polikliniken und Krankenhäusern begierig Krankheitsbilder in sich aufnehmen, und welche dann ihre Rolle so spielen, dass sie auch dem Erfahrenen Schwierigkeiten bereiten; welche sogar, wenn sie schliesslich Misserfolge haben, von der Echtheit ihrer Schwindeleien bereits so überzeugt sein können, dass sie zu geisteskranken Querulanten werden.

Beide Gruppen versuchen sich hauptsächlich auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen, und es würde ein gewisser Schutz gegen derartiges Vorgehen dadurch gegeben sein, dass man über jeden Kopfverletzten und über jeden Verletzten, der eine allgemeine Körpererschütterung mit der Verletzung erhielt, bei der ersten Unfallfeststellung nicht blos einen jener laienhaft abgefassten Formularberichte einforderte, sondern sofort eine vollständige gesundheitliche Anamnese und einen körperlichen und seelischen Allgemeinbefund erhöbe.

Aber noch an anderer Stelle tragen die Unfallverletzten und zwar hier die echten Neurastheniker zur Steigerung der Kriminalität bei. Es giebt eine Reihe von Vergehen, in welche ein Neurastheniker leichter verfällt als der Durchschnittsmensch, namentlich wenn er durch eine Rente vor Mangel geschützt ist und den Rest seiner Arbeitsfähigkeit gar nicht oder nur in gemächlichem Tempo auszunützen braucht. Das sind die Affektverbrechen des täglichen Lebens und namentlich des nachbarschaftlichen häuslichen Verkehrs wie: Beleidigung, Körperverletzung, Hausfriedensbruch, Nöthigung. Ich habe eine ganze Reihe von Unfallrentnern wegen derartiger Strafthaten zu beurtheilen gehabt und sie je nach dem Grade ihrer Krankheit für vermindert zurechnungsfähig bezw. für unzurechnungsfähig erachtet. Selbstredend spielt dabei die Intoleranz gegen alkoholische Getränke auch eine Rolle.

Aber auch in Bezug auf das Eigenthumsvergehen bietet die traumatische Neurasthenie bezw. Hysterie eine verminderte Widerstandskraft. Ich möchte dabei die Frage, ob die chronische Hysterie der Unfallverletzten eine ähnliche Charakterentartung zur Folge hat, wie die angeborene oder in der Pubertätsentwickelung sich zeigende Hysterie, verneinen. Selbstverständlich wird Jemand, der Jahre lang auf seinen eignen Körper achtet und danach trachtet, die Schäden an diesem möglich hoch mit Geld abgewerthet zu sehen, egocentrisch werden, aber der absolute gefühlsarme Egoismus mit Bosheit und Launenhaftigkeit, welchen wir bei der hysterischen Entartung in Folge von Mängeln der ersten Bildung sehen, dieser kommt doch bei den traumatischen Neurosen nicht vor. Hier ist es vielmehr die Verführung des Augenblicks, welche, wie ich in meiner Arbeit über Ladendiebinnen*) bereits gezeigt habe, grade Menschen, die sonst wenig entschlussfähig sind, zu übereilten Augenblicksentschliessungen führt.

Ich entsinne mich besonders eines Mannes, der an pseudospastischer Paralyse mit Zittern und sichtbarer seelischer Beeinflussung litt. Derselbe war unbescholten, er hatte als Bureaudiener die tadellosesten Zeugnisse, er hatte in seinem engeren Bekanntenkreise einen glänzenden Leumund; durch eine hohe Rente und dadurch, dass seine Frau noch ein Grünkramgeschäft hatte, war er vor jeder Noth geschützt. Dieser Mann, welcher seiner Frau bei den Einkäufen in der Engros-Markthalle half, wurde dabei ertappt, nachdem er von einem Verkaufsstande Obst und Mohrrüben entnommen und heimlich auf seinem Wagen untergebracht hatte. Er war sofort geständig und versicherte nur, früher, als er noch nicht krank gewesen wäre, hätte es ihm nicht passiren können.

Endlich habe ich gefunden, dass jene Unfallrentner, die in Folge von Kopfverletzungen frühzeitig senil geworden sind, und welche in Folge des Schutzes vor äusserer Noth nicht den Trieb und auch keine Gelegenheit haben, sich mit irgend etwas zu beschäftigen, Gefahr laufen, in senile verbrecherische Thorheiten, wie in erster Reihe unzüchtige Handlungen mit Kindern, zu verfallen.

Ich möchte nun, wenn ich das Ergebniss aus diesen letzten Wahrnehmungen ziehen soll, nicht etwa zu dem Trugschluss gelangen, als ob eine möglichste Rentenknappheit von Vortheil für den Beschädigten sei. Im Gegentheil, ich bin davon überzeugt, dass sehr viele, namentlich nervöse Unfallsfolgen, erst dadurch grossgezogen werden, dass die erste Rentenfestsetzung durch ein überlanges Heilverfahren zu lange hingeschleppt wird und dann ungenügend ausfällt.

Nein, ich möchte vielmehr die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass bei Theilrenten und besonders bei hochprozentigen Renten der Rest der gebliebenen Arbeitsfähigkeit nicht blos ein theoretisch geschätzter bleiben darf, sondern dass viel mehr noch als bisher entweder durch den guten Willen der Arbeitgeber oder durch Vereinsthätigkeit den Beschädigten die Möglichkeit gegeben werden muss, diesen Rest durch leichteste Arbeitsleistungen auch praktisch auszuwerthen.

Aus der Ohrenabtheilung der Königl. Universitäts-Poliklinik zu München.

Fraktur und Nekrose des Warzenfortsatzes in Folge Traumas.

Von

Prof. Dr. **Haug**-München.

Ein 17jähriger Jüngling hatte auf dem Turnplatze bei einem Ballspiele, bei welchem ungefähr apfelgrosse Bälle aus sehr hartem Gummi mittelst eines sehr starken Schlagbrettes mit ganzer Armkraft auf möglichst weite Entfernung hinaus geschleudert werden sollen, durch einen unglücklichen Zufall das Brett, kaum zwei Schritte vom Schläger entfernt stehend, direkt hinter das linke Ohr mit Wucht geschlagen bekommen, so dass er sofort nahezu ohnmächtig wurde und zusammenstürzte. Unmittelbar hernach empfand er ein starkes schmerzhaftes Brennen hinter dem Ohre und schwoll auch die Hinterohrgegend sofort an. Blutung soll weder aus dem Gehörgange, noch aus Nase oder Mund erfolgt sein. Sofort und Tags darauf merkte er, dass er nicht mehr so gut höre, das Hören wurde unter Sausen und Schwindel in den nächsten Tagen immer gradatim schlechter; zeitweise bestanden zuckende Schmerzen in der Tiefe des Ohres, die Hauptschmerzhaftigkeit aber befand sich hinter dem Ohre. Die Behandlung hatte zu Hause in Eisumschlägen hinter das Ohr bestanden.

Als sich Pat. am 12. Tage nach der Verletzung erstmals vorstellte, konnte zunächst noch eine starke diffuse bläuliche Verfärbung der pars mastoidea, untermischt mit einzelnen umschriebenen Blutaustritten bei mässiger Schwellung konstatirt werden. An der Spitze des Warzenfortsatzes beginnend,

*) Aerztl. Sachv.-Ztg. 1901, No. 1. 2.

sich auf die oberen Partien fortsetzend, befand sich der Fleck, an dem die direkte Einwirkung stattgehabt hatte; eine Zerstörung der Hautlager selbst war nicht eingetreten, doch deutete die dunkelviolettbraune Verfärbung in der Ausdehnung etwa eines 50 Pfennig-Stückes darauf hin, dass nicht viel zum Brandigwerden dieses Hautstückes gefehlt hatte. An den peripheren Partien fing die Verfärbung des ausgetretenen Blutfarbstoffes schon an, ins Gelblichgrüne überzutreten. Die Empfindlichkeit bei Berührung und bei Druck war dagegen eine ausserordentlich starke und beim Aufsetzen beider Zeigefinger fühlte man ganz deutlich ein ausgesprochenes Knarren und Reiben; auch hob sich beim Drucke an der Spitze unter Reibegeräusch eine Partie gegen die Basis zu von der Unterlage ab.

Die Untersuchung des kranken Ohres selbst — das andere Ohr war vollkommen normal — ergab, abgesehen von einem leichten Herabtreten der hinteren Gehörgangswand, eine graublaue und blauröthliche Verfärbung des ganzen Trommelfells bei beträchtlicher Vorwölbung der Membran. Hörfähigkeit für Flüstersprache aufgehoben; laute Sprache nur in nächster Nähe vernehmbar. Die Stimmgabeln werden vom Scheitel aus auf der kranken Seite bei starker Verlängerung der Knochenleitung vernommen. Vom Warzenfortsatz aus fällt die Luftleitung ganz aus. Knochenleitung um 16" verlängert bei tiefen Gabeln, um 24" bei hohen Gabeln.

Die Diagnose stellte sich sonach auf Bluterguss in die Paukenhöhle, in die Zellen des Warzenfortsatzes und unter die Knochenhaut desselben infolge einer direkten Verletzung. Bruch des Warzentheils des Felsenbeins?

Die Verordnung bestand in einfacher trockener Tamponade des Gehörgangs und leichtem Kompressivverband auf die Warzengegend. So schien sich die Sache während der nächsten acht Tage resorbiren zu wollen, indem das Trommelfell mehr sich abflachte und die Schmerzen etc. hinten nicht wesentlich mehr hervortraten. Von da ab blieb Patient plötzlich weg und kam mir erst nach vier Wochen wieder zu Gesicht. Aber wie? Es war ihm unterdessen anderwärts, weil ihm die Sache zu langsam vorwärts ging, angerathen worden, Ausspritzungen des Ohres vorzunehmen, verbunden mit Massage der Hinterohrgegend. Etliche Tage nach Beginn dieser Therapie — Schmerzen im Ohr traten schon gleich nach den ersten Ausspritzungen auf — fing das Ohr an zu laufen und gleichzeitig verschlimmerte sich auch hinten langsam der Zustand, indem Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Röthung der Mastoidealgegend sich dazugesellte.

Als er sich wieder vorstellte, wies er den typischen Befund einer akuten eitrigen Mittelohrentzündung mit Perforation in dem hinteren unteren Trommelfellabschnitt auf, nebst den ausgesprochensten Symptomen einer akuten Mastoiditis mit Mitbetheiligung der Knochenhaut- und Weichtheil-Lager. Dabei bestand auch schon eine beginnende Infiltration der tieferen seitlichen Halspartieen. Dazu war das Allgemeinbefinden ebenfalls stark beeinträchtigt, so dass Patient in die absolut nöthige Operation einwilligte.

Bei der Vornahme derselben ergaben sich die Hautdecken stark braunroth in der ganzen Dicke infiltrirt und sofort nach Spaltung des Periostes entleerte sich zunächst eine geringe Menge Eiters aus dem subperiostalen Abscess. Sodann erschien von Granulationen völlig abgehoben die ganze laterale vordere Wand, die Rindenschicht des Warzenfortsatzes als nekrotisches Stück und konnte mit leichter Mühe ausgelöst werden; es hing blos unten noch mit den Fasern des Sterno-cleido-mastoides zusammen. Bei näherer Nachforschung aber fand sich, dass in der Tiefe noch ein weiterer Sequester lag, ebenfalls, aber nicht in dem Grade, mit Granulationen umgeben. Er erwies sich zwar noch etwas fester verwachsen als der alte, schälte sich aber ebenfalls unter verhältnissmässig leichter Mühe ohne jeden Meisselschlag durch einfache Hebelbewegungen aus seiner Lage heraus; er repräsentirt die tieferen Partieen mit nahezu sämmtlichen Zellräumen des Warzenfortsatzes. Bei seiner Entfernung ergoss sich noch neuer Eiter von der Pauke herkommend. Da keine Veranlassung dazu vorlag, unter den obwaltenden Verhältnissen, so wurde von einem weiteren Eingriffe selbstredend Abstand genommen.

Der Verlauf war ein günstiger, reaktionsloser. 3 Wochen nach der Operation war der Wundkanal nahezu völlig geschlossen, nachdem die Sekretion aus dem Ohre schon nach dem ersten Verbandwechsel sistirt hatte. Das Hörvermögen hatte sich spontan, ohne jede Manipulation, wesentlich wieder gehoben und in der fünften Woche konnte die völlige Heilung konstatirt werden, auch bezüglich des Gehörs. —

Von den beiden Sequestern umfasst der eine die äussere Knochenlamelle fast ganz, während der andere das übrige Gerüst des Warzenfortsatzes repräsentirt. Die beiden Sequester waren, insbesondere der tiefere — bei dem Rinden-Sequester liess sich das nicht mehr so absolut deutlich ersehen — nahezu in allen Hohlräumen mit geronnenem Blut vollständig ausgestopft gewesen und durch die Granulationen einfach abgehoben worden; sie lagen in einer richtigen Lade.

Epikrise.

Nach der vorausgegangenen Schilderung kann es wohl kaum zweifelhaft sein, dass wir es in diesem Falle mit einer durch eine äusserst heftige Gewalteinwirkung hervorgerufenen primären Fraktur der pars mastoidea zu thun haben, in Folge deren es nicht nur zu einer Blutung in den Paukenhöhlenraum kam, sondern auch zu einer blutigen Ausfüllung der Zellen des Warzenfortsatzes überhaupt. Dass schon anfangs eine Absprengung wenigstens des cortikalen Stückes bestanden hatte, darauf deutet, ganz abgesehen von dem deutlichen Krepitationsgeräusch, das übrigens ja auch durch die ausgetrockneten Blutmassen schon eventuell verursacht werden konnte — deshalb war die Diagnose Fraktur anfangs in suspenso gelassen worden — die abnorme Beweglichkeit des oberen äusseren Knochenstückes bei der Palpation mit Sicherheit hin. Wahrscheinlich ist aber auch die tiefere Partie durch den heftigen Stoss in ihrer Kontinuität zwar noch nicht gleich ganz gelöst, aber gelockert worden.

Trotz Alledem waren die Verhältnisse anfänglich so gelagert, dass eine langsame spontane Aufsaugung des Blutergusses innerhalb der Warzenzellen sowohl als des Paukenraumes selbst höchst wahrscheinlich eingetreten wäre unter gleichzeitiger Anlagerung und Verklebung der Bruchenden, so dass nach einer zeitweiligen bindegewebigen Verbindung zwischen denselben die dauernde Kontinuität sich wieder herstellen konnte. Es brauchte also eine Nekrose a priori nicht aufzutreten. Erst durch das Auftreten der eitrigen Mittelohrentzündung durch Infizirung des Blutgerinnsels in den Hohlräumen kam es und musste es beinahe nothwendiger Weise zur Nekrose kommen, da jetzt die bereits eingeleitete organische Verklebung der Risse in ihrem ganzen Umfange leiden und schliesslich aufgehoben werden musste. Gerade ein solcher pneumatischer Warzenfortsatz mit seinem, wie nicht so sehr oft wieder bemerkbar, sehr intensiv ausgeprägtem Höhlensystem — lauter grossen Hohlräumen durch nur ganz dünne Wände getrennt — musste in der Folge eine Abschneidung der Gefässbahnen weniger leicht ertragen können als ein mässig pneumatischer — und ein derartiger oder ein ganz harter, aus elfenbeinharter Knochensubstanz bestehender wäre überhaupt wahrscheinlich gar nicht frakturirt worden.

Möglicherweise mag auch die Art der Gewalteinwirkung selbst das Zustandekommen der Fraktur an dem pneumatischen Warzenfortsatz unterstützt haben, indem durch den sehr harten

und doch zugleich elastischen Körper eine sehr starke Flächen- und Tiefenwirkung erzielt wurde, vermöge der momentanen jedenfalls sehr intensiven, sich wieder rasch auszugleichen suchenden Kompression der pneumatischen Knochenlager. Dass es sich, um diesen Punkt noch zu berühren, lediglich um eine Nekrose, nicht um Caries (Knochenfrass) handelt, ersehen wir deutlich aus dem Befunde des Knochens selbst, besonders des tieferen Knochenstücks, der mit Ausnahme der Bluterfüllung der Hohlräume vollständig normale Verhältnisse aufwies und sich auch nicht irgendwie arrodirt oder verfärbt zeigte.

Interessant ist es ferner, an dem Präparat zu beobachten, wie die beiden Bruchpartieen ziemlich genau auf einander passen; es hat also durch die die Lade bildenden Granulationen eine wesentliche Einschmelzung der todten Knochenstücke noch nicht stattgehabt.

Gleichzeitig geht aus diesem Falle für die Praxis wieder von Neuem die alte Lehre hervor, dass man bei allen tieferen Verletzungen der Knochenwandungen des Gehörganges, des Trommelfells, der Paukenhöhle und des Schläfenbeins überhaupt von allen Ausspülungen Abstand nehmen soll, da die sonst gewöhnlich eintretende Heilung unter dem Blutschorfe ausgeschlossen und dafür der sekundären Infektion Thür und Thor geöffnet wird. Es ist dabei völlig gleichgiltig, ob mit a- oder antiseptischen Lösungen manipulirt wird.

(Aus dem Institut zur Behandlung von Unfallverletzten.)

Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma.

Von

Dr. P. **Stolper**-Breslau.

Mit 4 Abbildungen im Text.

(Schluss.)

Wir wissen erst seit den Arbeiten von Sokoloff (1891)[1], Charcot (1893)[2], Graf (1893)[3] und zahlreichen späteren Autoren, dass auch bei Syringomyelie Gelenkerkrankungen ganz gleicher Art wie bei Tabes vorkommen, die man als Arthropathieen bezeichnet. Meine eigenen Erfahrungen an anatomischen Präparaten beziehen sich nur auf tabische Gelenke. Es ist das Bild einer besonders schweren chronischen deformirenden Osteoarthritis, oft mit besonders raschem Verlauf. Die durch neben einander hergehende atrophische und hypertrophische Prozesse zu Stande kommende Umwandlung der Gelenke ist eine gelegentlich so erstaunliche, dass sie Virchow eine Karrikatur der Osteoarthritis deformans genannt hat. Die Inanspruchnahme des erkrankten Gelenkes spielt offenbar eine grosse Rolle dabei.

Je nach dem Entwickelungsstadium findet man anatomisch leichteste Veränderungen der Knorpeloberfläche oder ausgedehnten zentralen Schwund des Knorpels mit Wucherungen am Rande der Gelenke. In diesem Stadium fühlt man bei Bewegungen in dem betroffenen Gelenk ein mehr oder weniger deutliches trockenes Reiben, beim Betasten manchmal schon eine unregelmässige Verdickung um den Pfannenrand bezw. um den Gelenkkopf her. Eine äusserlich sichtbare Veränderung des Gelenkskontur braucht in diesem Stadium noch nicht vorhanden sein.

Dem Patienten kommt — und das sollte bei jüngeren Individuen immer den Verdacht auf ein Nervenleiden rege machen — die Gelenkerkrankung verhältnissmässig wenig zum Bewusstsein. Wird nur über eine grosse Schwäche in der Gliedmasse geklagt, das Reibegeräusch mehr gehört als gefühlt, erklärt das etwa anamnestisch vorhandene Trauma die Entstehung nicht ganz, und fehlt die Neigung zu rheumatischer Erkrankung, so wird man an eine syphilitische Affektion oder aber, wenn dies auszuschliessen ist, an ein ursächliches Nervenleiden wie Tabes oder Syringomyelie denken müssen.

Für Arthropathieen in vorgeschritteneren Fällen ist eine einheitliche Beschreibung nur schwer zu geben, da das Ineinandergreifen von atrophischen und hypertrophischen Vorgängen an den Gelenken im Innern des Gelenkes die bizarrsten, oft schier unglaublichen Veränderungen setzt. Je nachdem diese Veränderungen mit oder ohne seröse Ergüsse in das Gelenk vor sich gehen, kommt es zu einer Erweiterung oder zu einer Schrumpfung der Gelenkkapsel. Zentraler Schwund der Gelenkknorpel, knorplige und knöcherne Wucherungen am Rande der Gelenkflächen, Verdickungen der Kapsel manchmal mit osteoiden oder kalkigen Einlagerungen, Osteophyten in der Nachbarschaft der Gelenke, Exostosen an den Enden der betheiligten Röhrenknochen können bei allgemeiner Verdickung und funktioneller Unbrauchbarkeit des Gelenkes der Palpation die schwierigsten Aufgaben stellen. Häufig ist eine ausserordentlich fehlerhafte Stellung der Knochen zu einander vorhanden, des Humerus zu Radius und Ulna, des Femur zu den Unterschenkelknochen. Man spricht deshalb von Subluxationsstellung, doch ist dabei die Stellung durch leichtes Zugreifen leicht veränderbar, man kann, wie oft bei einem Narkotisirten mit traumatischer Luxation im Schulter- oder Ellbogengelenk, die fehlerhafte Stellung korrigiren und Nb.! ohne wesentlichen Schmerz für den Patienten wieder herbeiführen. Es kracht und knirscht dabei manchmal, wie wenn Fragmente an einander vorbei geschoben würden.

An solchen Gelenken kann es naturgemäss zu metastatischer Vereiterung kommen; den Arthropathieen bei Nervenleiden speziell eigenthümlich aber ist die Spontannekrose der Haut und Bildung von Gelenkfisteln, an die sich dann Gelenkeiterung anschliessen kann (Chipault, Berndt-Lichtheim).

Die Theorieen über das Zustandekommen dieser Gelenkerkrankungen bei Myelopathieen werden so lange noch einander entgegenstehen, als wir über das Wesen der sogenannten trophischen Störungen überhaupt noch im Dunklen tappen. Giebt es besondere trophische Nervenbahnen oder nicht? Virchow hat entgegen der Charcot'schen Schule nicht eine rein neuropathische Entstehung angenommen, sondern wie Richard von Volkmann in der durch die Sensibilitätsstörungen und die Muskellähmungen bedingten Veränderung des Gelenkmechanismus die Ursache der Gelenkdeformationen gesehen. Dem steht freilich die Thatsache gegenüber, dass auch in manchen Fällen von Arthropathieen bei Syringomyelie die Gelenke sehr schmerzhaft sind. Die Regel ist das aber nicht. Schlesinger hat (l. c.) nicht weniger als 227 Fälle von Arthropathie bei Syringomyelie zusammengestellt, und dabei gefunden, dass mindestens 80 Prozent auf die oberen Extremitäten entfallen, 20 Prozent auf die unteren, also gerade ein umgekehrtes Verhältniss, wie es Büdinger für die Tabes festgestellt hat. Ist bei dieser das Kniegelenk, das Hüft- und das Fussgelenk am häufigsten befallen, so ist es bei der Syringomyelie in erster Linie das Schultergelenk (unter 148 Fällen 52 mal), dann das Ellbogengelenk (39 mal), ferner das Handgelenk (22 mal) schliesslich erst das Knie (10 mal) (Schlesinger). Bei Syringomyelie ist die Arthropathie seltener als bei Tabes doppelseitig.

Für die Unfallpraxis ist es besonders beachtenswerth, dass vor Allem Schulterluxationen nicht selten bei Syringomyelie-Leidenden vorkommen, dass bei gehörig darauf gerichteter Aufmerksamkeit diese Verletzung als erstes Symptom auf diese Krankheit diagnostisch hinführen kann. Luxationen, die ohne

[1]) Die Erkrankungen der Gelenke bei Gliomatose des Rückenmarkes. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 34 und Petersburger med. Wochenschrift 1891.

[2]) Arthropathies syringomyéliques. Le progrès méd. ! 17, 1893.

[3]) Ueber die Gelenkserkrankungen bei S. Btr. z. klin. Chir. 10. 1893.

rechten Grund, ohne wesentliches Trauma, bei der Arbeit, beim Heben eines schweren Gegenstandes, bei einer jähen Kraftanstrengung, bei einem Hieb mit dem Arm und dergleichen entstehen, sollten uns immer darauf hinweisen, nach Sensibilitätsstörungen oder beginnenden Muskelatrophieen zu fahnden. Liegt Syringomyelie vor, so sind die verhältnissmässig geringe Schmerzlosigkeit, die leichte Wiedereinrichtbarkeit der Luxation, aber auch die Reluxation weitere Hinweise auf ein Leiden des Zentralnervensystems. Sieht man sich die von Schlesinger mit ausserordentlicher Sorgfalt zusammengestellten Fälle von Arthropathie näher an, so bemerkt man indess, dass die Patienten in der Regel schon vor der traumatischen Veranlassung ihrer ernsteren Gelenkbeschwerden allerlei eigenartige Erscheinungen an dem betroffenen Gelenk gehabt haben, Anschwellungen in Folge serösen Ergusses nach Anstrengungen, Hitzegefühl um das Gelenk, Hautröthungen, Bewegungsbehinderungen. Fast immer aber weisen auch andere Erscheinungen, besonders die Folgezustände der Analgesie an den Händen (Panaritien, Verbrennungs-, Kontusionseffekte schleichende Fingergelenksveränderungen) mehr oder weniger deutlich auf das Grundleiden hin. Die Analgesie ist gelegentlich so vollkommen gewesen, dass sich die Patienten schmerzlos ihren Arm selbst ausrenken und wieder einrichten konnten, dass sie sich ihren Gelenkerguss selbst mit irgend einem Instrument (Nagel, Scheere, Messer) eröffneten, worauf dann freilich die Vereiterung des Gelenks meist nicht ausblieb. Ja sogar die Gelenkresektion ist chirurgisch ohne Narkose ausgeführt worden. Kurz, es ist in den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ein ungemein buntes, wechselvolles Symptomenbild zu finden, welches jeden Arzt fesseln muss.

Hier wollen wir nur auf die versicherungsrechtliche Bedeutung der Gelenkerkrankung bei Syringomyelie zurückkommen unter Berücksichtigung der Literatur über dieses Leiden überhaupt und im Hinblick auf die eigene Beobachtung im Besonderen.

Nach meiner Auffassung werden bei der Begutachtung unfallverletzter Arbeiter folgende Gesichtspunkte aufzustellen sein:

Stellt man bei einem angeblich Unfallverletzten neben einem Gelenkleiden, mag es als traumatische Luxation imponiren, oder als einfache Arthritis mit geringen Veränderungen, Schaben, leichter Bewegungsbehinderung oder mit starkem, serösem Erguss oder mit schweren deformirenden Prozessen einhergehen, Symptome von Syringomyelie fest, so ist diese Krankheit als das ursächliche Moment für die Gelenkerkrankung in erster Linie anzusehen. Es ist dann aufs Sorgfältigste danach zu forschen, wie weit die Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmasse schon vor dem angeblichen Unfall beschränkt war. Denn nicht eine direkt kausale Rolle spielt letzterer. Er kann ohne Zweifel nur als verschlimmerndes Moment in Frage kommen.

Darum wird es in zweiter Linie von ausschlaggebender Bedeutung sein, feststellen zu lassen, ob in dem von dem Verletzten als Betriebsunfall angesehenen Ereigniss wirklich ein Unfall im Sinne des Gesetzes, eine gewaltsame Einwirkung oder eine — und das wird besonders in Frage kommen — über das Mass der gewöhnlichen Arbeit hinausgehende plötzliche Ueberanstrengung vorliegt oder nicht.

Kein Vernünftiger wird sich wundern, wenn ein moderner Arbeiter, der in Folge eines chronischen, progredienten Nervenleidens trotz alles guten Willens zur Arbeit seine Erwerbskraft zusehendes schwinden fühlt, den geringfügigsten Anlass als Betriebsunfall darstellt, um statt der kleinen Invalidenrente die bessere Unfallrente für sich zu erlangen. In der Entscheidung der Frage: handelt es sich um einen Unfall oder nicht? liegt dann meistens der Schwerpunkt. Freilich hat nach dem Gesetz nicht der Arzt als solcher darüber zu befinden, diese Entscheidung ist Sache der Berufsgenossenschaft und der weiteren Instanzen im Rentenstreitverfahren, des Schiedsgerichts, des Reichsversicherungsamtes. Aber ohne den ärztlichen Sachverständigen zu hören, wird man bei einem so komplizirten Leiden wie dem vorliegenden doch ganz gewiss nie auskommen.

Wer sich einen Fall wie unseren Fall K. ansieht, mit den schweren Veränderungen auch an anderen Gelenken als an dem angeblich verletzten, mit der zweifelsohne schon Jahre lang vor dem Unfall vorhanden gewesenen deformirenden Ellbogenerkrankung, mit den zugestandenermassen seit Jahresfrist gebrauchsunfähigen Händen, der wird leicht zu dem Schluss kommen, der gegenwärtige verschlimmerte Zustand des Gelenks ist in ganz naturgemässer Fortentwicklung des alten Leidens entstanden. Der Umstand, dass der Zeuge alsbald nach der angeblichen Verletzung schon die Verdickung des Ellbogens bemerkte, der Umstand ferner, dass K. trotz des plötzlichen Eintritts der Gebrauchsunfähigkeit seinen Kassenarzt in Anspruch zu nehmen unterliess, lässt annehmen, dass die traumatische Verschlimmerung in Wirklichkeit keine sehr erhebliche gewesen sein kann. Aus allen diesen Gründen war auch ich mir lange im Zweifel, ob man eine wesentliche Verschlimmerung und diese als Unfallsfolge annehmen sollte. Für den positiven Ausfall meiner Erwägungen waren erstens massgebend die Thatsache, dass der ohnehin wenig verdienende Mann, dessen Arbeitslust nach seiner ganzen Art nicht zu bezweifeln ist, die Arbeit dennoch vollständig aussetzte. Man kann nicht umhin, daraus auf die plötzlich einsetzende Gebrauchsunfähigkeit zu schliessen. Der Mann hat bis zu dem angeblichen Unfall noch einen bodenbeladenen Karren schieben und umkippen können. Sein rechter Arm war dazu trotz der Fingerverkrümmungen noch im Stande, nach dem angeblichen Unfall war er es nicht mehr.

Ist nun der Unfall, wie ihn K. schilderte, wirklich als ein Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes anzusehen? Das ist, generell betrachtet, in einschlägigen Fällen die Kernfrage. Man wird sie jedesmal sorgsam erwägen müssen. Auch in unserem Falle konnte man zweifelhaft sein, ob ein Unfall vorlag, so lange es hiess, K. habe beim Umkippen der Karre gemerkt, dass ihm Etwas im Ellbogen passirt sei. Denn dieses Umkippen muss als eine alltägliche Arbeit angesehen werden. Wenn man aber die Angabe für richtig hinnimmt — und es ist kein Grund, dies nicht zu thun — dass K. auf die flache Hand gefallen sei, dann liegt eine indirekte Gewalteinwirkung vor, die, wie gering sie auch gewesen sein mag, als ein Betriebsunfall angesehen werden muss, geeignet, den Zusammenbruch des morschen Gelenks herbeizuführen. Es ist also in solchen Fällen, um es noch einmal kurz zu wiederholen, erstens festzustellen, dass eine wesentliche Verschlimmerung in der That eingetreten ist und und zweitens, dass der angebliche Unfall wirklich ein solcher im Sinne des Gesetzes und geeignet war, die Verschlimmerung herbeizuführen.

Bezüglich der Entschädigung eines solchen Verletzten noch ein Wort. Es kann kein Zweifel sein, dass trotz der überreichen anderweitigen Funktionsstörungen an der rechten oberen Extremität (Versteifung der Finger in Beugestellung, schwerer Atrophie der kleinen Hand- und der Oberarmmuskeln) dem Patienten der Verlust der ganzen Hand bezw. des Armes entschädigt werden muss. Freilich war von der Gebrauchsfähigkeit der Gliedmasse nicht mehr viel vorhanden, aber dies Wenige reichte immerhin aus, um ihn noch einen, wenn auch kargen Lohn verdienen zu lassen. Da die Rente sich

ja nach dem geringen Jahresarbeitsverdienst berechnet, so sind ohnehin die 60 Prozent keine grosse Entschädigung.

Es liesse sich noch Manches über die ätiologischen Verhältnisse dieses Falles sagen, bei dem fast alle von den Autoren überhaupt angeführten Momente vorliegen (Infektionskrankheit im Kindesalter, Pocken, schwere Arbeit mit häufigen kleinen und vielen schweren Traumen, Arbeiten im Nassen). Doch gehört dies nicht zum Thema. Aber auf eins sei noch Rücksicht genommen, auf die Thatsache, dass von einem überaus gründlich untersuchenden Kollegen die Diagnose Fraktur im rechten Ellenbogengelenk gestellt worden ist. Diese Auffassung der Verletzung vom 19. Oktober 1900 ist nicht ganz irrthümlich, aber doch auch gewiss nicht ganz zutreffend. Eine traumatische Fraktur sensu strictiori ist es nicht. Der Klassiker der Frakturen und Luxationen Malgaigne unterscheidet traumatische und pathologische Luxationen und Frakturen. Man kann in diesem Sinne allenfalls von einer pathologischen Luxationsfraktur im Ellbogengelenk bei unserem Falle sprechen. Das geringfügige Trauma hat nicht zu einer Fraktur der Knochen, vielmehr zu einer Zertrümmerung der pathologischen Neubildungen im Gelenk geführt; die Stalaktiten und Osteophyten, welche vielleicht dem Gelenk noch einen gewissen Zusammenhalt gaben, brachen krachend zusammen, das Schlottergelenk entstand in dem Augenblick, als die schwachen und morschen Stützen fehlerhafter Neubildung barsten. Es erscheint mir deshalb korrekter, die Diagnose Fraktur oder Luxation in solchen Fällen möglichst zu vermeiden. Eine Fraktur, der ein Knochensarkom zu Grunde liegt, ist eben doch ganz etwas Anderes bezüglich der Prognose sowohl wie bezüglich der Behandlung, als ein traumatischer Knochenbruch im engeren Sinne.

Was die Prognose bei solch plötzlichem Zusammenbruch kranker Gelenke bei Syringomyelie anbetrifft, so sollte man die Rente dafür doch nicht ohne Weiteres als eine unabänderliche ansehen. Ist das Rückenmarksleiden an sich wenig progredient und besonders die Muskelatrophie nicht zu stark, dann kann sich im Laufe von Monaten und Jahren das geborstene Gelenk wieder recht gut einrichten. Die rauhen, entarteten Gelenkflächen schleifen sich bei dem Gebrauch des Gelenks ab und es kann ein Grad von Funktionstüchtigkeit erreicht werden, womöglich ein besserer, als er vor dem letzten Unfall vorhanden war.

Mit therapeutischen Massnahmen wie mediko-mechanischen Uebungen sollte man sehr vorsichtig sein. In absehbarer Zeit Etwas zu erreichen, ist nicht wahrscheinlich, die Gefahr passiver Uebungen aber nicht ganz gering. Auch die Anlegung von Bandagen ist bei bestehender Analgesie und Neigung zu Drucknekrose der Haut eine sehr fragwürdige Massnahme. Die in der Regel vorhandene Schmerzlosigkeit ermöglicht den Patienten, selber die kranken Gelenke zu üben; die geschwächten Muskeln werden, da ja Massage auch ihre Schattenseiten hat (Furunkulose etc.) sich bei diesen Selbstübungen auch am besten befinden. Das Nil nocere sollte aber ganz besonders auch oberster Grundsatz sein, wenn es sich um die Frage handelt, ob man chirurgisch gegen solche Gelenke vorgehen soll mit Drainage, Inzision, Resektion. Es ist eine Erfahrungsthatsache, dass sich über kurz oder lang derartige Gelenke selbst wieder im Gebrauch zurechtschleifen und dass andererseits operative Eingriffe an den Gelenken von Syringomyelie leidenden schwere Infektionen im Gefolge hatten. Die Uebungsbehandlung wird also vor jeder anderen in Betracht zu ziehen sein.

Aus der Grossherzoglichen Landes-Irrenanstalt Hofheim.

Tod durch einen im epileptischen Krampfanfall entstandenen Schädelbruch; Zerreissung der meningea media, extradurales Hämatom.

Von

Dr. **K. Osswald**,

Oberarzt der Landesirrenanstalt.

Knochenbrüche und Verrenkungen im epileptischen Krampfanfall, durch die Gewalt des Sturzes entstanden, sind bekanntlich nicht gerade häufig und lassen sich durch sorgfältige Ueberwachung derartiger Kranker nahezu vermeiden. Aus der hiesigen Anstalt kann ich mich bei einem dauernden Bestand von circa 96 Epileptikern mit sehr häufigen Krampfanfällen innerhalb 7 Jahren, abgesehen von vorliegender Beobachtung, nur zweier verschiedener durch Krampfanfälle entstandener Knochenbrüche erinnern, welch letztere überdies noch einen und denselben Kranken betrafen, dessen Knochen, wie auch die Sektion später erwies, eine erhöhte Brüchigkeit besassen. Vermöge seiner zahlreichen mehr minder gut verheilten Frakturen bildete derselbe geradezu eine pathologisch anatomische Sehenswürdigkeit. Es fanden sich bei ihm intra vitam die Spuren von Brüchen beider Schenkelhalsknochen, beider Schlüsselbeine, eines Bruches des linken Radius, des rechten Oberarmknochens mit Eindringen ins Schultergelenk und des ersten linken Mittelhandknochens, wegen deren er zu verschiedenen Malen in früheren Jahren nach der Krankengeschichte ärztlich behandelt wurde. Die Obduktion wird seinerzeit wohl noch eine Reihe von jetzt nicht diagnostizirbaren alten Rippenbrüchen ergeben — so dachte ich beim Entwurf dieser Arbeit — und dies hat sich bestätigt, denn es fanden sich bei der kürzlich vorgenommenen Leicheneröffnung nicht weniger als 8 mit ganz geringem Kallus verheilte Rippenfrakturen.

Ganz ausserordentlich selten im Vergleich mit Brüchen vorgenannter Art müssen dagegen Schädelbrüche im epileptischen Anfall entstehen. Es ist dies um so mehr zu verwundern, wenn wir bedenken, wie häufig trotz aller Vorsichtsmassregeln Weichtheilverletzungen am Gesicht und behaarten Kopf, hauptsächlich an den vorspringenden Theilen durch das Hinschlagen während der Anfälle zu Stande kommen. Die im Gefolge derselben entstehenden zahlreichen Narben sind für den kundigen Arzt manchmal ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel, indem sie ihn auch ohne sonstige Anamnese auf das Vorhandensein epileptischer Anfälle hinweisen müssen. Manche Epileptiker stürzen fast regelmässig purzelbaumartig und mit grosser Gewalt immer wieder auf dieselben Stellen und die bei solchen zum Schutz gegen Beschädigungen bisweilen angebrachten Hauben oder Mützen vermögen sicher nicht die Seltenheit von Knochenverletzungen des Schädels zu erklären.

Beim Durchmustern der Literatur habe ich nur bei Féré*) einen Schädelbruch, vermuthlich durch einen Krampfanfall entstanden, erwähnt gefunden. Derselbe schreibt: „Ich selbst habe einmal bei der Sektion einer alten Epileptikerin (er machte lange Zeit die Sektionen an der Salpetriere und darunter die zahlreicher alter Epileptiker) eine Fraktur des Schädeldaches gefunden, von der Niemand etwas geahnt hatte. Diese Fraktur ging durch einen Fleck symmetrischer seniler Atrophie beider Seitenwandbeine und war nur schlecht geheilt.“ Die Seltenheit der auf solche Weise entstandenen Schädelbrüche rechtfertigt an sich schon die Veröffentlichung eines

*) Féré. Die Epilepsie, Monographe 1897 p. 444.

in der hiesigen Anstalt beobachteten derartigen Falls, um so mehr, als derselbe einen vollkräftigen jungen Mann betraf. Für den Gerichtsarzt kann es unter Umständen von Werth sein, sich der Möglichkeit dieser Genese zu erinnern.

J. W. 29jähriger sehr kräftig gebauter Küfer, 75 Kilo schwer, war, trotzdem er seit seinen Lehrjahren an epileptischen Krampfanfällen litt, Soldat gewesen und befand sich wegen epileptischen Schwachsinns seit 15. Sept. 1898 in der hiesigen Anstalt. Monatlich traten 4—6 Anfälle auf, bei denen er sich seither nie ernstlich verletzt hatte. Die Krämpfe waren gewöhnlich über den ganzen Körper verbreitet, von mehr klonischem Typus und dauerten 5—10 Minuten an. Am Morgen des 13. April 1900 bekam er, erregt im Saal hin und hergehend, einen Krampfanfall, er schlug bei demselben ganz plötzlich noch im Gehen und mit hörbarem Krach mit dem Hinterkopf auf den Parkettboden auf; mit gespannten Gliedern lag er einige Minuten am Boden und hatte geringe Blutung aus Mund und Nase. Nachdem er bald darauf einigermassen wieder zu sich gekommen war, wurde er von zwei Wärtern zum Abwaschen weggeführt, wobei er deren Hände an seinen Mund zu ziehen suchte und nach ihnen biss. Als Letzteres ihm nicht gelang, biss er sich in seinen eigenen Arm, wie er es früher bei ähnlichen Gelegenheiten schon gethan hatte. In den Saal zurückgeführt, ging er einigemal allein hin und her, setzte sich dann auf den Fussboden, trank ihm gereichten Kaffee nicht, sondern legte sich bald um und spuckte nach kurzer Zeit blutige Brocken aus, worauf er nach ärztlicher Anordnung im Wachsaal zu Bett gebracht wurde. Nicht lange darnach wurde er bewusstlos, fiel aus dem Bett heraus, war sehr blass im Gesicht, hatte Cheyne-Stokes'sches Athmen, Zuckungen in der Muskulatur aller Glieder; Lähmungserscheinungen fehlten gänzlich. Linke Pupille weit, rechte ganz eng, beide reaktionslos, die Zähne fest aufeinander gebissen, Puls 84; gegen 12 Uhr mittags 68 regelmässig; nach 1 Uhr hörte das unregelmässige Athmen auf, um $3^1/_4$ mittags erfolgte der Tod, ohne dass Patient noch einmal das Bewusstsein erlangt hatte. Eine Schädelfraktur mit Bluterguss wurde vermuthet, aber ehe man sich zu einem Eingriff entschlossen hatte, war der Kranke verstorben.

Die Sektion, am 14. April, morgens 7 Uhr vorgenommen, hatte folgendes Ergebniss: Pupillen mittelweit, etwa gleich, an den weichen Schädeldecken aussen nichts Abnormes, keine Verletzung, keine Beule. Nach ihrem Zurückschlagen zeigt sich einen Querfinger hinter dem linken Ohr, dem unteren Theil der linken Lambdanaht entsprechend, die allenthalben sehr blutreiche und stellenweis von kleinen Blutungen durchsetzte Kopfschwarte in fast Handtellergrösse schwarzroth verfärbt; die galea daselbst zackig eingerissen. Die Schläfenmuskulatur und das Unterhautzellgewebe beim Einschneiden links diffus blutig durchtränkt. Schädeldach symmetrisch, Knochen normal dick, Nähte fast verschwunden, nur an der Lambdanaht Zeichnung noch etwas sichtbar.

Nach Abnahme des Schädeldaches findet sich in der linken Schläfengegend zwischen Schädelknochen und dura ein grosses festes Blutgerinnsel, dasselbe ist durch den Sägeschnitt, bei dessen Anlegen sich ziemlich viel Blut entleerte, quer in zwei Hälften zerlegt; die obere sitzt hauptsächlich der Innenseite des linken Seitenwandbeins fest an, hat von vorn nach hinten einen Durchmesser von $6^1/_2$, eine Dicke von 1—2 cm, ist nach oben scharf bogenförmig begrenzt und bedeckt die Verzweigungen der meningea media. Nur ein kleiner Theil der oberen Hälfte bleibt der dura aussen anhaften. Die untere Hälfte setzt sich, allmählich schmäler werdend, doch an Dicke bis über 2 cm zunehmend, in die linke mittlere Schädelgrube fort und erfüllt dieselbe in ihrem unteren Theil fast ganz.

Das ganze Blutkoagulum hat ungefähr die Gestalt einer halben Birne, deren Stil in der mittleren linken Schädelgrube liegt. Dura stark gespannt, Gefässe wenig gefüllt, oberer Längssinus leer.

Innenfläche der harten Hirnhaut links überall glatt, die dem Blutgerinnsel anliegenden Hirntheile abgeflacht und eingedrückt. Auf der rechten Seite trägt die dura innen einen über alle drei Schädelgruben verbreiteten. den Sägeschnitt um ca. einen Querfinger nach oben überragenden ganz feinen blutigen frischen Beschlag. Die linke Schädelbasis ist von einer Fraktur durchsetzt, die von hinten nach vorn gerechnet folgendermassen verläuft:

Nahe der protuberantia occipitalis interna beginnen zwei feine Risschen der tabula interna, welche sich bald in dem unteren Theil der linken Lambdanaht vereinigen; letztere ist gesprengt, lässt sich leicht weiter auseinander drängen. Dann verläuft der Riss in der Naht zwischen linkem Seitenwand- und Felsenbein, verlässt dieselbe aber bald, sprengt die Schläfenbeinschuppe vom Felsenbein und geht auf die Schädelbasis über, die arteria meningea media kurz vor ihrem Eintritt in die Schädelhöhle kreuzend. Dieser letzteren Stelle entsprechend lassen sich in der Wand der Arterie durch Aufblasen zwei feine Risschen nachweisen, ein kleines Aestchen derselben ist ferner durchgerissen.

Weiche Häute durchsichtig, Gefässe stark gefüllt.

An den durch das Blutgerinnsel eingedrückten Rindenpartieen mehrere linsen- bis bohnengrosse Substanzverluste; das Gewebe ist daselbst erweicht, breiartig und in grösserer Ausdehnung reichlich durchsetzt mit feinen Blutpünktchen. Gleichartige umschriebene Gewebsveränderungen finden sich an der linken unteren und mittleren Stirnwindung und Olfaktoriusgegend. Hirngewicht 1420 g. Klein-Hirn 145 g schwer.

Diagnose: Fractura baseos cranii, extradurales Hämatom durch Anriss der art. meningea med. sin. entstanden, partielle Zertrümmerung und Erweichung der Substanz des linken Schläfen-, Stirn-, Riechlappens etc.

Der Obduktionsbefund giebt eine vollständige Aufklärung über das Bild, welches Patient bald nach dem Sturz bot. In Folge des allmählich sich vergrössernden Hämatoms ausgesprochene Zeichen von Hirndruck und schliesslich der Tod. Aus den vorhandenen Symptomen war die Diagnose mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit zu stellen, der rasch erfolgende Tod setzte dem nöthigen chirurgischen Eingriff ein Ziel.

Es ist nun keineswegs alltäglich, dass bei einem jungen vollkräftigen Menschen mit festen Knochen durch einen Sturz auf ebener Erde ein solcher Schädelbruch zu Stande kommt. Dies muss uns veranlassen, noch einmal dem Mechanismus der Fraktur nachzugehen. Nach den übereinstimmenden Angaben des Wartpersonals ist Patient, während dem er hin- und herging, plötzlich von einem Krampf befallen worden und sofort zu Boden gestürzt. Die kolossale Gewalt des Falls kann ich mir nur so erklären, dass der Kranke, plötzlich von Streckkrampf der Rückenmuskulatur befallen, dadurch hinten übergerissen wurde und so mit der ganzen Wucht seines vollen Körpergewichts (75 Kilo!) direkt mit dem Hinterkopf auf das Parkett aufschlug. Auffällig ist allerdings dabei wieder, dass die Schädelweichtheile keine Verletzung, ja nicht einmal eine Beule trugen, wofür ich eine plausible Erklärung nicht zu geben vermag, vielleicht ist die Beulenbildung durch den Druck des Kopfes in der Bettrückenlage hintangehalten worden.

Die an mehreren Stellen entfernt von dem Angriff der äusseren Gewalt gefundenen umschriebenen Zertrümmerungen der Hirnrinde eröffnen uns eine interessante Perspektive auf die anatomische Grundlage und Entstehung von im Gefolge

von Schädeltraumen, die beunruhigende Erscheinungen zunächst nicht verursachten — sich allmählich entwickelnden Geistesstörungen. Es scheint mir nämlich recht wohl möglich, dass von solchen, anscheinend geringfügigen, Herd- oder Allgemeinerscheinungen kaum bedingenden Gehirnläsionen später Gewebsveränderungen ausgehen, welche dann das anatomische Substrat solcher Psychosen bilden. *)

Ueber einen chirurgischen Fall von eiteriger Thrombophlebitis.

Von

Dr. med. **O. Hartmann**-Cassel,

Spezialarzt für Chirurgie in Cassel, früher Privatdozent für Chirurgie an der Universität Jena.

Fälle von eiteriger Thrombophlebitis an den Extremitäten sind für den Chirurgen recht seltene Befunde, nur vereinzelt bilden sie das Ergebniss einer Operation und verdienen deshalb wohl beachtet zu werden.

Es handelt sich in unserem Falle um ein 14jähriges Mädchen, das akut an einem Panaritium peritendinosum erkrankte und spät am Abend des 21. Januar 1900 die chirurgische Klinik zu Jena aufsuchte.

Die Krankengeschichte ist folgende: Pat. hatte sich angeblich vor 8 Tagen beim Waschen im kalten Wasser eine kleine Schrunde am linken Zeigefinger zugezogen. Tags darauf soll sich an dieser Stelle ein kleines Bläschen gebildet haben, das nach Verlauf von weiteren 24 Stunden aufgebrochen sei. Es blieb ein kleiner Substanzverlust zurück, der Pat. Schmerzen verursachte, permanent Eiter absonderte und trotz zweimaliger Inzision von Seiten eines Arztes keine Heilungstendenz zeigte. Da der Finger immer mehr anschwoll und die Schmerzen erheblicher wurden, begab sie sich in die klinische Behandlung.

Status: Sonst gesundes Mädchen mit einem enorm geschwollenen linken Zeigefinger, namentlich im Verlaufe der Strecksehne bis zum Metacarpophalangealgelenk. Hier finden sich einige fistulöse Gänge, die auf Druck Eiter entleeren. Das Gebiet der Beugesehne war weniger geschwollen, nicht druckempfindlich. Es war auch Flexion in geringem Grade möglich. In den Interphalangealgelenken keine Krepitation. Handrücken und unteres Drittel des Unterarmes auf der Dorsalseite geröthet, geschwollen, am anderen Morgen auf Druck sehr empfindlich. Keine Drüsen in der Achselhöhle.

Da die Temperatur am anderen Morgen 39,0 Grad betrug, sich auch ein Schüttelfrost eingestellt hatte, schritt ich sogleich im Glauben, eine gewöhnliche eiterige Phlegmone, ausgehend von einem Panaritium peritendinosum vor mir zu haben, zur Operation in Chloroformnarkose.

Längsschnitt im Verlaufe der Strecksehne, die gänzlich vereitert, aber nur wenig nekrotisch war. Im Gebiet der Grundphalanx befand sich radialwärts eine Senkungstasche, die auf Druck stossweise reichlich Eiter entleerte. Es wurde die darüber befindliche Haut mittelst Scheerenschlages durchtrennt. Da noch weiter auf Druck Eiter, scheinbar aus dem Metacarpophalangealgelenke kommend, hervorquoll, versuchte ich, eine Sonde nach oben hin in das betreffende Gelenk hineinzuführen. Wie überrascht aber war ich, als die Sonde sich glatt in einem Hohlraume ohne Widerstand bis zum Uebergange des unteren zum mittleren Drittel des Vorderarmes hinaufbewegte. Mein erster Gedanke war, ich hätte durch etwas brüskes Vorgehen eine vielleicht schon vom Eiter arrodirte Vene mit der Sonde perforirt und nun infektiöses Material direkt in den Blutkreislauf hineintransportirt. Ich schnitt sogleich auf die Sonde ein und überzeugte mich, dass sich die Sonde thatsächlich in einem dilatirten Venenlumen befand, das mit Eiter vollkommen ausgegossen war. Der Schnitt wird nun dem Verlaufe der Vene, der Cephalica, entsprechend weit nach oben hin verlängert, um dieselbe genügend frei präpariren und exstirpiren zu können. Ich fand überall in der Vene denselben eiterigen Inhalt, was sich schon äusserlich durch die grünlich gelbe Farbe dokumentirte, und erst im Bereiche des oberen Drittels des Vorderarmes geht der flüssige Eiter allmählich in eine solidere, das Venenlumen ausfüllende Thrombusmasse über, und zentralwärts von demselben im Gebiet des Ellbogengelenkes, kurz bevor sich die Vene in zwei aufwärts verlaufende Venenäste theilt, schimmert durch die jetzt dünnere Wandung flüssiges Blut durch. Hier wird die Vene im obersten Wundwinkel unterbunden. Einen ähnlichen Inhalt führen auch zwei grössere Seitenäste, die sich als schmutzig graue Stränge präsentiren und schräg über die Streckseite des Vorderarmes resp. Handrückens ziehen. Um auch diese Venen verfolgen zu können, erweist sich die Ablösung der Haut in noch grösserer Ausdehnung als nothwendig. Diese Venen werden bis zu ihrer kleinsten Verästelung verfolgt, unterbunden und dann das Venengeflecht in toto exstirpirt. Das Unterhautzellgewebe ist sulzig, ödematös, infiltrirt. Nach sorgfältiger Blutstillung Ausstopfen mit steriler Gaze. Verband auf Dorsalschiene. Am Tage post op. 39,3; dann fällt die Temperatur staffelförmig ab.

Der weitere Wundverlauf bietet nichts Bemerkenswerthes. Am 24. Februar 1900 wird Pat. auf Wunsch mit einer fingerbreiten, granulirenden Wunde entlassen.

Es ist eine längst allgemein anerkannte Thatsache und auch in der Literatur häufig beschrieben, dass bösartige Geschwülste, und unter diesen namentlich das kleinzellige Sarkom, in benachbarte Venen hinein perforiren, um sich dann in den von der Natur vorgezeichneten Bahnen mit Blitzesschnelle in dem Körper zu verbreiten, wobei die Tumormassen mehr oder weniger vollständige Ausgüsse der verzweigten Gefässe darstellen. Dieses Vordringens bösartiger Tumoren ist bereits häufig, wie gesagt, in der Literatur gedacht, und es sind auch die mannigfaltigsten Fälle zusammengestellt, in denen die Venenwandung soeben arrodirt ist, bis zu solchen, bei denen von einer eigentlichen Venenwandung nichts mehr übrig geblieben ist.

In ähnlicher Weise, wie die malignen Tumoren können aber auch die akuten Eiterungsprozesse ihre Verbreitung im Organismus finden, wovon unsere soeben mitgetheilte Krankengeschichte ein beredtes Zeugniss abgiebt. In solchen Fällen werden die Eiterkokken nicht vereinzelt auf dem Wege der Lymphbahnen fortgeschwemmt und nicht erst nach dem Passiren mannigfacher Lymphdrüsen, die als natürliche Filter dienen, in der Nähe des Zentralorgans, des Herzens, dem Blutkreislaufe übermittelt, sondern es dringt der Eiter hier kontinuirlich von einem grösseren oder kleineren Herde aus gegen benachbarte Gefässe, namentlich gegen die Venen mit ihrer dünneren Wandung vor, um sich auf diesem direkten, präformirten Wege in dem Körper zu verallgemeinern, was unter Umständen mit weit grösseren Gefahren verbunden ist, da

*) Diese Anschauung finde ich nach Schluss der Arbeit auch von anderer Seite geäussert und zwar von De Buk und van der Linden in einer Arbeit: „Lésion cerebrale par contrecoup“, (Annales de la Société belgique de Neurologie, 31. III. 1900, Referat im neurolog. Zentralblatt 1901, No. 19).

Ferner bei Koeppen: Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten 1901, XXXIII. Referat ebendaselbst).

hier dann dem Vordringen der Mikrokokken keine unüberwindlichen Schranken sich in den Weg stellen.

In unserem Falle hatte sich nach einer angeblich ganz geringfügigen Verletzung eine peritendinöse Phlegmone des linken Zeigefingers gebildet, die sich im Verlaufe weniger Tage nach dem Anfangsstamm der Vena cephalica, dem Hauptabzugskanale für das venöse Blut des I. und II. Fingers, ausgedehnt hatte, so dass schliesslich diese Vene an einer circumscripten Stelle vom Eiter gleichsam umspült ist und als das am meisten widerstandsfähige Gebilde quer durch einen Eiterherd verläuft.

Es besteht also hier eine Analogie mit der Phlebitis umbilicalis bei Neugeborenen, bei der die Eiterung von der infizirten Nabelwunde aus in dem perivaskulären Bindegewebe entsteht und von dort erst allmählich auf das Gefäss übergreift.

Die bedrängte Vene wehrt sich nun gegen den vordringenden Eiter mit allen Hilfsmitteln, die ihr zu Gebote stehen, bis die am wenigsten resistente Adventitia nicht mehr gehörigen Widerstand zu leisten vermag. Doch, um mit Riedel zu sprechen, wie die Belagerten in einer Festung nach der Zerstörung der äusseren Bollwerke Erdwälle und Schanzkörbe an der Innenseite der Befestigungsmauer aufwerfen, um so die vom Feinde zugefügten Schäden wieder auszubessern, in ganz ähnlicher Weise verschafft sich auch die Vene, indem sie ihre Innenschicht, die Intima, durch Wucherung ihrer Endothelzellen verstärkt, Schutz.

Wenn eine derartige Proliferation der Intima, die mikroskopisch einem mehr geschichteten Plattenepithel nicht unähnlich sieht, schon an sich die Widerstandsfähigkeit der Gefässwand gegen die vordringenden Infektionskeime bedeutend erhöht, so wirkt sie auch noch in anderer Weise segensreich, indem hierdurch in hohem Masse und namentlich bei entzündlicher Wandung — die Adventitia ist ja bereits in Mitleidenschaft gezogen — die Bedingungen zur Bildung eines Thrombus gegeben sind.

Diese Thrombosirung ist das äusserste Mittel, das in der Natur der Vene selbst liegt, und genügt meistens auch, die Gefahr der plötzlichen Generalisirung der Noxe hintanzustellen. Indem hierdurch das Venenlumen durch einen Gerinnungspfropf hermetisch gegen die eindringenden Infektionskeime verschlossen wird, dient sie als die letzte, aber auch als die sicherste Schutzbarriere, die ein plötzliches Ueberschwemmen des Blutkreislaufes mit Eiterkokken verhindern soll. Durch diesen Gefässpfropf wird der von den Kapillaren herkommende Blutstrom in die in der Nähe befindlichen kollateralen Venen verlegt, so dass nunmehr in dem zentralwärts vom Thrombus gelegenen Gefässabschnitte die Zirkulation sistiren muss.

Hat sich einmal im Venenlumen ein Gefässpfropf an einer circumscripten Stelle gebildet, so wird die ganze Blutsäule in dem betreffenden Venenabschnitte erstarren. Der Thrombus wächst zunächst in der Richtung des Blutstromes, also in der Vene zentralwärts bis zum nächsten grösseren Seitenaste, in dem die Blutströmung noch erhalten ist.

Setzen sich nun um das Thrombusende, das sich in dem Hauptvenenstamm nach und nach bis zu der Einmündungsstelle eines Seitenastes vorgeschoben hat, aus dem vorbeifliessenden Blute organische Bestandtheile an, unter denen die Blutplättchen die Hauptrolle spielen, an, so kann dasselbe auch schliesslich die Mündung dieses Seitenastes verlegen, so dass dann das von den Kapillaren herkommende Blut auch in diesem Seitenaste stagniren muss.

Die Folge dieser Stagnation ist ebenfalls eine Gerinnungsthrombose der in dem Seitenaste befindlichen Blutsäule, jedoch nicht im Sinne der Blutzirkulation, sondern in retrograder Richtung, der Blutströmung entgegen, die sich hinwiederum durch allmähliche Pfropffortsetzung bis in die kleinsten Verzweigungen fortpflanzt.

In unserem Falle sind auf diesem Wege sogar zwei grössere Seitenäste, der eine schräg über den Handrücken, der andere in fast paralleler Richtung über die Streckseite des Vorderarmes der allmählich retrograd fortschreitenden Thromsobirung anheim gefallen, so dass sie als rundliche, starre Stränge sich präsentiren.

Denselben Veränderungen, die ein Blutgerinnsel in den verschiedensten Hohlorganen durchmacht, ist auch der Thrombus im Gefässlumen unterworfen. Es kann entweder der Thrombus von der Venenwandung aus durch hineinwachsende Gefässe und Granulationszellen organisirt werden, oder er kann bei Anwesenheit von Mikroorganismen, denen er ja als willkommenes Nährsubstrat dient, je nach der Spezies von einer eiterigen oder jauchigen Entzündung befallen werden. Denn da zugleich mit der Thrombosirung des Gefässes die Venenwandung zum grössten Theile von der Ernährung ausgeschaltet wird, ist auch ihre Widerstandskraft gegenüber den im Eiter vordringenden Mikrokokken gebrochen, allerdings in einem Zeitpunkte, in dem die plötzliche Generalisation der Noxe durch die Verschliessung der Vene in sich selbst in schöner Weise gehemmt ist. Die Thrombusmasse im Lumen der Vene wird nun entweder auf dem Wege der Perforation der Wandung, wie in unserem Falle, von dem umgebenden Eiter infizirt, oder die Eiterkokken dringen diapedetisch durch die lymphatischen Räume des in der Ernährung geschädigten und deshalb weniger resistenten Gewebes in das Innere hinein. Man findet dann in der Vene anstatt der guten, festen Thromben weiche, zerfallene, gelblichroth gefärbte Massen, die von einer ebenfalls gelblich gefärbten, verdickten Wandung umgeben sind.

Der Inhalt einer solchen ergriffenen Vene ist ganz besonders für den Nachweis von Mikrokokken geeignet; die ganze das Gefäss ausfüllende Masse bestand fast lediglich aus Staphylokokken, denselben, die ich auch in dem Eiter der peritendinösen Phlegmone fand. Die Wandung der Venen war in ihrer Totalität verdickt, geschwollen, aufgelockert und namentlich die Media von Leukocyten durchsetzt, und häufig konnte ich auf den verschiedenen Querschnitten in den Lymphbahnen der Media die nämlichen Kokken nachweisen, ein Beweis, dass es sich nicht nur um ein im Lumen der Vene sich befindliches infektiöses Fluidum, sondern auch um eine echte konsekutive Phlebitis handelt.

Zweigen sich, wie in unserem Falle, von diesem Hauptstamme kleine Gefässe, die bereits der Thrombose anheimgefallen sind, ab, so bleiben auch diese unter der Einwirkung der Mikroorganismen von der puriformen Erweichung nicht verschont, so dass der Eiter demnach auf natürlichem, anatomischem Wege, hier in retrograder Richtung, bis in die Muskulatur seine Verbreitung findet und in der Tiefe hinwiederum zu multipler Abscessbildung, indem die Kokken hier umgekehrt von innen nach aussen auf dem Wege der vasa nutritia und dann durch die Lymphspalten die Venenwandung durchdringen, Veranlassung geben kann. Denn da die subkutanen Venen an vielen Orten mit den tiefen anastomosiren und auch häufig kleine Aeste durch die Vorderarmfascie in die Tiefe senden, so werden in allen Theilen der von den befallenen Gefässen versorgten Muskulatur immer von Neuem unter Ansteigen der Temperatur Abscesse entstehen, die das Leben des Patienten in schwere Gefahr bringen können. Denn unter solchen Verhältnissen ist die Verallgemeinerung des Eiters im Organismus eine ungleich grössere. Es erfolgt der Import des Giftes jetzt nicht mehr allein auf dem Blutwege, sondern der Eiter nimmt von multiplen Herden aus zwischen den Muskelinterstitien und

den Sehnenscheiden entlang seinen typischen Weg, dringt vom Vorderarme nach oben hin bis zum Ellbogengelenk empor, überall das Gewebe verzehrend, ja bisweilen die Vorderarmknochen bloslegend. Das reichlich entwickelte Muskellager der oberen Hälfte des Vorderarms giebt ja vielfach Gelegenheit zu weit gehenden Eitersenkungen und starken Anschwellungen.

Unser Fall war zum Glück noch nicht von derartiger Schwere, die Operation war hier noch im rechten Momente erfolgt. Beim Zurückpräpariren der Haut nach beiden Seiten hin, um die zwei Seitenäste gehörig freizulegen, erwies sich hier eine diffuse Entzündung, die sich durch eine an verschiedenen Stellen mehr oder weniger ausgedehnte, sulzige Infiltration des lockeren Gewebes charakterisirte, nur auf das Subkutangewebe beschränkt.

Was die Therapie dieser eiterigen Thrombophlebitis anlangt, so kommt bei ihr wohl nur die Absperrung des erkrankten Venengebietes von der Zirkulation durch doppelte Unterbindung in Frage. Selbstverständlich wird in unserem Falle die Resektion der erkrankten und gänzlich freigelegten Gefässe der Unterbindung nachfolgen, um auch thatsächlich zugleich die Noxe mitsammt der Wurzel zu entfernen. Denn da wir es hier nicht nur, wie schon erwähnt, mit einer Eiteransammlung im Lumen der Vene, sondern mit einer sekundären infektiösen Entzündung der Wandung zu thun haben, so kann auch nur von einer Elimination der erkrankten Venenpartie als einzigem therapeutischen Eingriffe die Rede sein, zumal da auch die ausser Kurs gesetzten Venen ein ganz zweckloses Dasein im Gewebe führen. Sobald nur alles infektiöse Material entfernt ist, erfolgt nach der Operation der oft frappant rasche Abfall des Fiebers. Die Temperatur betrug bei unserer Patientin nur am ersten Tage nach der Operation 39,3, um vom anderen Tage an niemals wieder febril zu werden.

Ist jedoch dieser günstige Moment versäumt, haben sich unter der Vorderarmfascie in der Tiefe zwischen den einzelnen Muskeln schon multiple Eiterherde gebildet, dann ist die Prognose eine viel ernstere, dann wird man nicht mehr durch blosse Elimination der erkrankten Venen die Eiterung coupiren können. Immer wieder müssen dann neue Abscesse aufgesucht und eröffnet werden, bis schliesslich nur die Ablatio im Oberarm in Frage kommt. Hat sich weiter neben den intermuskulären Eiterherden eine Lymphangitis eingestellt, und handelt es sich um höchst virulente Mikroorganismen, so wird auch diese Operation oder die im Instanzenzug folgende, die Exartikulation im Schultergelenk, dem Pat. kaum noch Rettung bringen können, er ist dann einer foudroyanten Sepsis erlegen.

Referate.

Sammelbericht.

Umschau auf dem Gebiete der Verkehrshygiene.

Von Geh. Sanitätsrat Dr. O. Braehmer.

Von den Zweigen der öffentlichen Gesundheitspflege, welche die Gesundheit und Leben bedrohenden Ursachen in allen menschlichen Einrichtungen erforschen und bekämpfen wollen, hat keiner sich so spät zu einer wissenschaftlichen Bedeutung entwickelt, wie die Verkehrshygiene. Dem ungeahnten Aufschwung, welchen der Verkehr etwa seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts genommen hat, musste die Sorge um die Sicherheit in demselben folgen. Wir müssen zugeben, dass die mächtigen Anregungen zum Verkehr, der Zug ins Weite, nach fremden Ländern und Menschen, der Drang zum Erforschen von Kunst und Wissenschaft, das Streben nach grossen industriellen und Handelsunternehmungen, nach Gelderwerb, das Streben der Völker nach Austausch und gegenseitigem Wettbewerb, so gross waren, dass sich wohl nur Wenige durch übergrosse Sorge um ihre Sicherheit vom Verkehr abhalten lassen. Wir müssen auch zugeben, dass von den Millionen von Menschen, welche an jedem Tage unsere Verkehrsmittel benutzen, nur ein verhältnissmässig kleiner Theil Schaden an Leben und Gesundheit nimmt. Und doch werden wir bei allen Katastrophen, welche laut mahnend und erschütternd, oft in längeren Zwischenräumen, oft in schneller Aufeinanderfolge unsere Verkehrsmittel treffen, uns fragen: war das Unglück nicht zu vermeiden? So wird jede Katastrophe Herz und Kopf anregen, Erörterungen herbeiführen, aus jeder Katastrophe wird auch die Eisenbahnhygiene ihre Lehren ziehen.

Wir haben zu unserer Freude aus vielen Zuschriften ersehen, dass die von uns bei Besprechung des Altenbekener Unfalls aufgestellten Forderungen volles Verständniss gefunden haben. Dieselben sind nicht neu, sie gleichen dem Ei des Kolumbus; selten indess macht sich Jemand dieselben klar. Bei Unfällen, sowie bei gesundheitsschädlichen Einrichtungen der Eisenbahnen denkt Jeder an Mängel der Betriebsmittel, an eine mangelhafte Betriebsordnung, an eine nicht ausreichende Dienstanweisung u. s. w. Die Wenigsten denken daran, dass die musterhaftesten Einrichtungen versagen, wenn Fehler und Mängel von Menschen ihre richtige Ausführung und Ueberwachung verhindern. Diese Fehler aus der Welt zu schaffen bezw. zu beschränken, war der Zweck der von uns aufgestellten Forderungen: Schafft und erhaltet ein gesundes, elastisches, spannkräftiges, der grössten Verantwortung gewachsenes Betriebspersonal!

Zu unserer Genugthuung haben die deutschen Aerzte sich, wenn auch etwas spät, der Wahrheit dieser Forderung nicht verschlossen. Der engere Ausschuss der deutschen Bahnärzte hat ein Einheitsformular für die Anstellung des Betriebspersonals der deutschen Bahnen entworfen, welches allerdings noch weiteren Berathungen unterliegt, bevor es den Eisenbahnverwaltungen sämmtlicher Bundesstaaten vorgelegt werden kann. Der Hauptvorzug dieses Formulars ist die so lange ersehnte Gleichheit der gesundheitlichen Anforderungen an alle deutschen Eisenbahnbeamten. Diese Gleichheit repräsentirt in dem Entwurf die strengsten Bedingungen. Die bei den preussischen Staatsbahnen bis jetzt strengsten Anforderungen an die Sehschärfe sind nicht nur in dem Entwurf für alle Bundesstaaten angenommen worden, sondern der Entwurf ist zum Theil noch darüber hinausgegangen. So wird für alle Betriebsbeamten $^2/_3$ Sehschärfe gefordert, nachdem die Erfahrung der Bahnärzte festgestellt hat, dass auch bei diesen strengen Anforderungen ein Mangel an Personal nicht zu befürchten ist. Hinzugefügt ist weiter in gewissen Fällen die Untersuchung des Urins, ferner möglichste Aufklärung etwaiger Belastung im Gebiet der Lungen-, Nervenkrankheiten u. s. w. Genug, das neue Formular stellt Fragen, deren gründliche Beantwortung den denkbar günstigsten Gesundheitszustand verbürgt und wird nach seiner Annahme den Eisenbahnen zum Segen gereichen. Aber auch für die Gesunderhaltung der bereits im Dienste stehenden Beamten sind erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Die Lungenheilstätten, welche die Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen baut, werden voraussichtlich auch den Beamten geöffnet werden. Noch wichtiger ist aber die bis jetzt einzig dastehende Thatsache, dass für die die grösste Verantwortung tragenden Beamten, die Lokomotivführer, ein eigenes Erholungs- und Genesungsheim in Hannoversch Münden erbaut und im Jahre 1903 eröffnet werden wird. Das Haus, in schönster Gegend und im Mittelpunkt Deutschlands gelegen, ist

zunächst auf 60 Betten berechnet. Es wird erbaut vom Verein deutscher Lokomotivführer unter moralischer und thatkräftiger Unterstützung des Ministeriums der öffentlichen Arbeiten.

So hoch wir nun auch den Werth eines gesunden Personals für die Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe anschlagen, mit derselben Energie fordern wir, dass die Technik und die Verwaltung der Eisenbahnen den hygienischen und Sicherheitsmassregeln ihre vollste Aufmerksamkeit zuwenden. Bei der Beurtheilung keiner anderen öffentlichen Einrichtung trifft allerdings der Satz: „quot capita. tot sensus“ in solchem Masse zu, wie hier. Eine hiesige Tageszeitung, welche für das reine Coupésystem eine Lanze brach, forderte allen Ernstes eine Abstimmung des Publikums darüber, ob Coupéwagen oder Interkommunikationswagen vorzuziehen seien. Wir möchten die geehrte Direktion darauf hinweisen, dass solche Abstimmung unbewusst und darum um so unbefangener fast täglich erfolgt. Es verkehren eine Anzahl gemischter Züge, die neben Durchgangswagen auch einige reine Coupéwagen enthalten. Die Direktion möge sich überzeugen, welche Wagen schneller besetzt sind — nach unserer Erfahrung immer die Durchgangswagen. Die D.-Wagen sind nicht nur beliebter, sondern auch vom hygienischen Standpunkt aus gesunder. Wir wollen heut nicht darauf eingehen, dass die preussischen Staatsbahnen mit Macht daran arbeiten, die seitlichen Fenster der D.-Wagen so gross anzulegen, dass dieselben den Ein- und Austritt leicht gestatten und Fensterthüren zu vergleichen sind. Mögen aber auch die D.-Wagen selbst in ihrer bisherigen Gestalt bei einzelnen Unfällen, namentlich bei Wagenbrand die Rettung erschwert haben, wie bei den Unfällen von Wannsee und Limito — welchen hygienischen Nutzen haben sie dagegen der Mehrzahl der Reisenden gebracht! Die Tageszüge nach München oder Wien bringen den Reisenden so angenehm und so wenig abgenutzt an sein Ziel, als wenn er den Tag in einem leidlichen Hotel zugebracht hätte. Das immerhin bequemere Aussuchen eines Platzes, die Möglichkeit einer wenn auch beschränkten Bewegungsfähigkeit und einer Aenderung des Ausblickes, das bequeme Vertauschen eines Platzes mit dem Restaurationwagen, so dass man durchaus nicht seinen häuslichen Komfort ganz entbehrt, das unbefangene Aufsuchen des Abortes, endlich das Gefühl der Sicherheit gegenüber dem Beisammensein mit unliebsamen und oft gefährlichen Reisegenossen in einem fest geschlossenen Coupé — Alles das ist geeignet, dem Reisenden von seiner Stimmung und Gesundheit möglichst viel zu erhalten und ihn unversehrt an sein Ziel zu bringen.

Doch genug von diesem so oft erörterten Thema: Nur auf einen Punkt, den die D.-Wagen mit den Coupéwagen gemein haben, möchte ich kurz eingehen — das sind die Aborte. Wir fordern, dass nicht nur in jedem Wagen wenigstens ein Abort sich befindet, sondern dass derselbe auch hygienischen Ansprüchen genügt. Wir fordern von jedem Eisenbahnwagenabort, dass die entblössten Körpertheile geschützt werden, dass also der Aborttrichter nach unten geschlossen ist. Am idealsten wird dieser Zweck erfüllt durch eine gut funktionirende Klappe und gleichzeitige Wasserspülung. Das Letztere ist allerdings schwer durchführbar. Wenn wir auf die Wegspülung jeder Defäkation 12 Liter Wasser rechnen und auf Erfahrungen fussend von hier bis München etwa eine 40malige Benutzung jedes Abortes annehmen, so ergiebt das für jeden Wagen das Mitschleppen von 480 Liter Wasser. Die Schwierigkeit liegt nicht allein in der Anlage der Spüleinrichtung, sondern in der noch weiteren Beschwerung der ohnehin überlasteten Wagen. Man hat daher versucht, Klappen einzuführen, welche die Fäkalien entfernen ohne Spülung. Alle hierzu erfundenen und patentirten Klappen erfüllen den Zweck nur ungenügend, da die Fäkalien liegen bleiben oder festfrieren und so die ganze Klappe funktionsunfähig machen. Haarsträubende Beispiele hierfür kann man auf den italienischen Bahnen erleben, wo die Aborttrichter oft bis oben gefüllt sind, und der Reisende resignirt das unbenutzte Kabinet verlässt und sein drangvolles Geschick weiter trägt. Bei den preussischen Staatsbahnen sind jetzt wenigstens alle D.-Wagen mit Wasserspülung versehen; deren giebt es aber nur 400, eine verschwindend kleine Zahl im Verhältniss zu den 26000 Personenwagen.

Man hat auch vorgeschlagen, Kübel unter jeden Abort zu stellen, die auf gewissen Stationen entleert werden, um so eine Infektion durch die auf den Bahnkörper fallenden Fäkalien zu verhindern. Nachdem jedoch das Reichsgesundheitsamt sich dahin geäussert hat, dass selbst zur Zeit von Epidemieen die auf dem Bahnkörper liegenden Fäkalmassen ihre Infektionsfähigkeit verlieren, dass auch ein Zermalmen der in der Hauptsache zwischen die Schienen fallenden Fäkalien durch die Räder nicht zu befürchten ist, hat man keinen Grund, diesen ohnehin sehr unappetitlichen, umständlichen Vorschlägen näher zu treten. Neuerdings werden Versuche gemacht, die Wagenklosets mit Torfstreu einzurichten und nicht nur eine desinfizirende und desodorirende Wirkung hervorzurufen, sondern auch durch die Mischung des Torfstreus mit den Fäkalien das Verschwinden durch die Klappe zu erleichtern oder, gelingt dies nicht, das Aussehen weniger verletzend zu gestalten. Diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Ein Torfstreukloset wird nach unserer Ansicht auch dann nur seinen Zweck ganz erfüllen, wenn gleichzeitig Wasserspülung vorhanden ist. Dieselbe bleibt nach wie vor das Ideal, welches trotz aller Schwierigkeiten zu erstreben eine der vornehmsten Pflichten der Verkehrshygiene ist.

Allgemeines.

Ist nach dem B. G.-B. die Syphilis des Ehegatten ein Grund zur Trennung der Ehe?

Von Priv.-Dozent Dr. med. Julius Heller-Charlottenburg.

(Berl. Klin. Wochenschrift 1901. No. 46.)

Die Ehescheidung (§§ 1564—1587 des Bürgerlichen Gesetzbuches) kann auf Grund von Syphilis eines Ehegatten nicht erfolgen, denn unter den zulässigen Scheidungsgründen — Ehebruch, widernatürliche Unzucht, Bedrohung des Lebens, bösliche Verlassung, schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten, ehrloses oder unsittliches Verhalten, Geisteskrankheit — ist keiner, unter den die Syphilis als solche zu rubriziren wäre.

Auch kann die Nichtigkeit der Ehe auf Grund der Syphilis eines Ehegatten nicht ausgesprochen werden (§§ 1327—1343).

Dagegen ist auf die Syphilis anwendbar einer derjenigen Paragraphen, welche von der Anfechtbarkeit der Ehe handeln (§§ 1330—1335). § 1333 lautet nämlich: „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschliessung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.“ Dass diese Voraussetzung bei Syphilis eines Ehegatten zutrifft, leuchtet ein und stimmt mit den Erläuterungen der juristischen Kommentare überein.

Wenn die Anfechtung einer Ehe gerichtlich bestätigt wird, so gilt die Ehe von Anfang an als nichtig. In Bezug auf die zivilrechtlichen Folgen macht es einen wesentlichen Unterschied, ob der syphilitische Ehegatte seine Krankheit und

somit die Nichtigkeit der Ehe kannte bezw. kennen musste oder nicht. Im letzteren Falle kann der nichtsyphilitische Ehegatte auf diejenigen Vortheile in vermögensrechtlicher Beziehung Anspruch machen, welche bei der Ehescheidung dem einen Gatten zufallen, wenn der Andere für allein schuldig erklärt wird.

Heller ist nun der Ansicht, dass nicht immer die Syphilis des einen Ehegatten ein ausreichender Grund für die Anfechtung der Ehe ist. Wenn die letzten Zeichen der Krankheit mehrere Jahre zurückliegen, und wenn eine ausgiebige und zweckmässige Behandlung seinerzeit stattgefunden hat, so ist das Individuum nicht mehr gesundheitlich derartig minderwerthig, dass eine Anfechtungsklage berechtigt wäre. Bestehen dagegen die Zeichen primärer oder sekundärer Erkrankung, so sind die Voraussetzungen für die Anfechtung gegeben, eine Thatsache, durch deren Betonung der Arzt seine Warnung bei ehelustigen Syphilitikern gelegentlich wirksam unterstützen kann. Bestehen endlich tertiäre Krankheitserscheinungen, so wird auch wiederum eine Anfechtung der Ehe möglich sein, weil es sich hier um Störungen handelt, die geeignet sind, Ekel zu erregen und die Gesundheit des Kranken selbst völlig zu untergraben.

An diese Ausführungen schliesst Verfasser noch die Besprechung einiger von ihm konstruirter Beispiele von verwickelteren und daher minder leicht zu beurtheilenden Fällen. Für die ärztliche Beurtheilung trifft auch heute noch das zu, was in einer älteren Reichsgerichts-Entscheidung mit den Worten ausgedrückt ist: „Es ist zu ermitteln, wie lange der Kranke bereits mit der Krankheit behaftet ist, bis zu welchem Grade sie vorgeschritten ist, ob sie einen bösartigen Charakter hat, und ob unter Berücksichtigung der sonstigen Körperbeschaffenheit des Beklagten zu erwarten ist, dass derselbe ohne Schädigung der Gesundheit der betheiligten Frau und ohne Gefahr für das Leben und die Gesundheit etwaiger Kinder die eheliche Pflicht wird erfüllen können."

Anhangsweise wird ein Ueberblick über die entsprechenden Vorschriften im französichen Recht gegeben.

Chirurgie.

Zur Technik der Exartikulation grösserer Gelenke.

Von Dr. Schultze, Chirurg. Oberarzt am St. Vinc. Hospital zu Duisburg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 60, Heft 1 und 2.)

Für diejenigen Fälle von Exartikulationen, in denen die Esmarch'sche Blutleere aus irgend einem Grunde nicht anwendbar ist, im Besonderen also für die Exartikulation des Schulter- und Hüftgelenks, hat Sch. eine Methode der Blutstillung angegeben, welche im Prinzip der schrittweisen Unterbindung Rose's entspricht. Er führt nach Vollendung des Hautschnitts die Doyer'sche Klemmzange geschlossen unter die einzelnen Muskel, öffnet dieselbe, um nach erfolgter Dehnung genügenden Raum für die Einführung der zweiten Zwange zu erhalten. Diese fasst die unterminirten Weichtheile zwischen ihre Branchen; nach Umstechung des centralen und einfacher Unterbindung des distalen Endes wird der Muskel zwischen beiden Ligaturen durchschnitten; die grossen Gefässe werden in gewohnter Weise versorgt.

Eine Exartikulation im Schultergelenk z. B. würde nach Schultze in folgender Weise verlaufen. Nach Bildung des Hautlappens und Freilegung des Deltamuskels bis in Gelenkhöhe wird der Muskel in zwei Theilen, einem vorderen und einem hinteren, abgeklemmt und umstochen; desgleichen der grosse Brustmuskel. Dann wird der M. biceps und M. coraco-brachialis gefasst und umstochen. Es folgt die Unterbindung der grossen Gefässe und Resektion der Nerven. Nach Abklemmung und Umstechung der senkrecht auf den Oberarmschaft zulaufenden M. teres maior und latissimus dorsi, sowie der M. supra- und infraspinatus und teres minor wird die A. circumflexa posterior, welche unterhalb des M. teres minor zum Vorschein kommt und schlimmsten Falles eine leichte Blutung veranlassen kann, versorgt und mit Durchschneidung der Gelenkkapsel die Exartikulation beendet. Niehues (Berlin).

Zur Anlegung von Frakturverbänden.

Von Ferdinand Bähr-Hannover.

(Centralbl. f. Chir. No. 12, 1901.)

Verfasser empfiehlt und illustrirt ein Verfahren, mittelst Bindenzügeln (nach Art der Bardenheuer'schen transversalen Extensionszüge) dislozirte Frakturen während Anlegung des Gipsverbandes in die richtige Berührungsstellung der Bruchstücke zu ziehen. Die Bindenzügel werden zu fensterartig bei Anlegung des Verbandes gelassenen Lücken herausgeleitet und über einem das Fenster nach Erhärtung des Verbandes überbrückenden Brettchen gebunden und bei etwaiger Lockerung des Verbandes beliebig angezogen. Seelhorst.

Ueber den Einfluss der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation.

Aus der chir. Klinik in Greifswald (Dir. Prof. Bier.)

Von Stabsarzt Dr. Blecher.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 60. Heft 3 und 4.)

Bei der Behandlung einer hochsitzenden Pseudarthrose des Oberarmknochens durch sog. Bier'sche Stauuung zeigte sich, dass trotz der fortdauernden Feststellung das völlig versteifte Schultergelenk einen hohen Grad von Beweglichkeit wiedererlangte. Auf Grund dieser Beobachtung wandte B. das Verfahren in 18 Fällen von Gelenksteifigkeiten, welche nach Brüchen und Quetschungen entstanden waren, an. Bei drei Kranken (Ellenbogengelenk und Daumen resp. kleiner Finger) blieb der Erfolg wegen Callusbildung im Gelenk, bezw. Fehlens der durch Eiterung ausgestossenen Beugesehnen aus; bei allen anderen kehrte dagegen die Beweglichkeit in mehr oder minder grossem Grade zurück, ein voller Erfolg wurde jedoch selten erreicht.

Das durch die Stauung hervorgerufene Oedem bewirkt rein mechanisch eine Auflockerung und Auseinanderdrängen der geschrumpften Bindegewebsbündel der Kapsel, Bänder u. s. w. So wird die Kapsel erweitert, der Bandapparat verlängert und das vorher rigide Gewebe aufgelockert. Auch auf die Bildung der Gelenkschmiere scheint die Stauung günstig einzuwirken. Die Blutergüsse werden durch das Serum aufgelöst und fortgeschwemmt.

Da während der Stauung wohl eine Auflösung, aber keine Resorption erfolgt, hat B. nach zweistündiger Dauer der Stauung das Gelenk massirt oder eine Stunde dem Heissluftbade ausgesetzt. Besonders mit letzterer Behandlung, welche zu einer schnellen Resorption des Oedem führt, wurden sehr schöne Erfolge erzielt. Dass die mediko-mechanischen Uebungen nicht unterlassen werden dürfen, versteht sich von selbst. Niehues-Berlin.

Eine typische Absprengungsfraktur der Tibia.

Von Oberarzt Dr. Lauenstein-Hamburg.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 58, XIV.)

Verf. berichtet an der Hand von vier ausführlich dargestellten Fällen von Unterschenkelfrakturen über die Absprengung eines typisch geformten Knochenstückes von der Vorderfläche des

unteren Tibiaendes. Dieses platte Stück, dessen Basis der vorderen Gelenkkapsel angeheftet unten liegt und der Breite der Tibia entspricht, ist nach oben zugespitzt oder trapezähnlich abgeschnitten und kann mit der Spitze verschieden gedreht sein. Diese Absprengung sah Verf. unter Hinzutreten mehrfacher Frakturen an dem betroffenen Unterschenkel stets zu Stande gekommen durch Fall oder Sprung aus grosser Höhe auf die Füsse. Er meint, dass sie entsteht durch Anstossen des vorderen Abschnittes der Talusrolle oder des Talushalses an die vordere untere Tibiakante. Die Verschiebung des Fragmentes kann durch die jeweilige Fussstellung in Folge der weiteren Frakturen erfolgt sein. Die Diagnose kann ohne Röntgenstrahlen namentlich bei starker Schwellung und starkem Bluterguss sehr schwer sein, wenn sie auch eine Dislokation des abgesprengten Stückes erleichtern kann.

Die Diagnose der Tibiaabsprengung macht Verf. abhängig von der Behandlung und den übrigen gleichzeitig bestehenden Unterschenkelverletzungen, wobei natürlich immer noch berücksichtigt werden muss, dass es sich um eine Gelenkfraktur mit allen ihren Konsequenzen handelt. Die Dislokation kann mechanisch die Gelenkfunktion behindern und durch Druck auf die darüber liegenden Weichtheile, Sehnen und Haut Verwachsungen, Ernährungsstörungen und Drucknekrosen machen. Ob das abgetrennte Knochenstück reponirt und ev. fixirt werden soll, lässt Verf. offen. Es muss dabei bedacht werden, dass damit eine komplizirte Gelenkfraktur geschaffen wurde, die strengste Asepsis erfordert. Bei späterer Entdeckung empfiehlt Verf. die Entfernung des abgesprengten Stückes, wie er es in den erwähnten Fällen auch gethan hat.

Krausse-Berlin.

Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels.

Von Prof. Kolaczek-Breslau.

(Centralblatt f. Chirurgie 1901 S. 379.)

Die Reposition der dislozirten Bruchstücke führt Verfasser durch Zug am Fuss und Gegenzug am Becken aus, indem er ein modifizirtes Verfahren Baudens'scher Sohlenextension anwendet. Die an einem Sohlenbrettchen, welches der Sohle durch Bindentouren fest angeschmiegt wird, befestigte, aus Segelleinwand hergestellte Extensionsschlinge hat die Form eines rechtwinkligen Dreieckes, dessen Hypothenuse der obere Bindenzügel darstellt, so dass der Hauptzug an der Ferse erfolgt. Am Bindenknoten wird eine Doppelschnur angebracht, welche, befestigt an irgend einem feststehenden Gegenstand (Fensterwirbel, Thürklinke), durch einen Knebel zusammengedreht, die Stärke des Zuges regulirbar macht. Ist Länge und Richtung des Unterschenkels die gewünschte, so kann der Gipsverband, bei komplizirten Brüchen gefenstert, angelegt werden.

Seelhorst.

Psychiatrie und Neurologie.

Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung.

Von Privatdozent Dr. E. Schultze.

(Halle a. S. Carl Marhold. 1902.)

In der preussischen Ministerial-Anweisung für Privat-Irren-Anstalten vom 26. März 1901 ist in § 10 Z. 3 bestimmt, „die Entlassung muss erfolgen: 3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss abgelehnt oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss wieder aufgehoben ist. Aehnliche Bestimmungen enthalten die Regulative der öffentlichen Irrenanstalten einzelner preussischer Provinzen.

Verf. erörtert die Frage der Abhängigkeit des Entlassungszwangs von der Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung, weist auf die zahlreichen Misslichkeiten hin, die aus dieser Bestimmung für den Kranken wie für den Irrenarzt erwachsen können, und erklärt diese Bestimmung für prinzipiell und praktisch höchst bedenklich. Die Einzelheiten seiner Erwägungen lassen sich in Kürze kaum wiedergeben.

Samuel.

Ueber Eifersuchtswahn.

Von Oberarzt Dr. Brie.

(Psychiatrische Wochenschrift. No. 27. 1901.)

Verf. unterscheidet in der Paranoia-Gruppe im Wesentlichen 3 Hauptverlaufsarten, und zwar eine mit systematischer Entwickelung in langsamen Stadien, eine zweite, bei welcher von Anfang an Verfolgungs- und Grössenvorstellungen kombinirt sind, und eine dritte mit Wahnideen ohne festes System bei dauernd lebhaften Halluzinationen und frühzeitiger Lockerung im Zusammenhang der Vorstellungen. Als Unterformen führt er den Querulantenwahn und „reine Fälle von Eifersuchtswahn" an.

Während die früheren Autoren krankhafte Eifersuchtsideen fast nur bei Alkoholisten fanden, oder jene sogar als pathognomonisch für alkoholisches Irresein ansahen, zeigte sich später, dass dieser Wahn bei verschiedenen anderen psychischen Störungen symptomatisch im Krankheitsbilde auftritt. Verf. erwähnt sein Vorkommen bei organischen Erkrankungen des Gehirns, beim Cocainismus, hysterischen Irresein, Psychosen des Klimakteriums, ferner vorübergehend — episodisch — bei Paranoia persecutoria. Verf. hat etwa ein Dutzend Paranoiafälle beobachtet, bei denen unter Ausschluss einer Alkoholgenese und der anderen oben angeführten Momente „ohne Halluzinationen ein wohlcharakterisirter Eifersuchtswahn zur Entwickelung kam und dauernd das ganze Krankheitsbild ausmachte". Meist wurde eine neurasthenische Grundlage gefunden; die Fälle betrafen sämmtlich Männer und verliefen ungünstig.

Samuel.

Gynäkologie.

Ueber die Berechtigung der Selbstinfektionslehre in der Geburtshilfe.

Von Fehling.

(Münch. med. Wochenschr. No. 48, 1900.)

F. kann die Selbstinfektion in dem weitgehenden Sinne Ahlfeldt's nicht anerkennen, sondern ist der Meinung, dass uns eine klare Ursache der leichteren, im Wochenbette zuweilen gehäuft auftretenden Fieberbewegungen noch mangelt. Er verlangt zunächst noch den Nachweis, dass die in der Scheide schwangerer Personen vorhandenen saprophytischen Keime thatsächlich unter Umständen virulent werden können und welches die Ursachen dieser Virulenzänderung sind. Ferner müsse noch festgestellt werden, ob auch nach der Geburt Keime an die äusseren und in die inneren Genitalien einwandern können. Zur Beurtheilung der Infektionsmöglichkeiten gehört ferner erst noch der sichere Beweis, ob wir unsere Hände wirklich keimfrei zur Untersuchung bei der Geburt benutzen können, bezw. in wie kurzer Zeit nach vorausgegangener Infektion wir sie keimfrei machen können.

Der Aufsatz ist zu genauem Studium den beamteten Aerzten besonders zu empfehlen, weil er eine klare Kritik einer Autorität über diese vielfach schwankenden Fragen bringt, die leider schon mancherorts für gelöst betrachtet werden und zu falschen amtlichen Verfügungen geführt haben.

Schwarze.

Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreissenden betrachtet werden?

Von Stroganoff.

(Centralbl. f. Gyn. No. 6. 1901.)

Das Vorbereitungsbad der Kreissenden als Infektionsquelle.

Von Sticher.

(Ebenda No. 9.)

Stroganoff kommt durch praktische Erfahrungen, Sticher durch bakteriologischen Nachweis zu dem Schluss, dass mit allen übrigen Verunreinigungen, die am Körper und in der Badewanne sich befinden, auch Infektionskeime in die Scheide eindringen können. Auch die Brustwarzen können im Wannenbade infizirt werden. Ersterer hat daher in seiner Anstalt dieselben durch gründliche allgemeine Waschungen mit Seife ersetzt und zwar sitzen die Kreissenden dabei auf einem Stuhl, der einen besonderen Ausschnitt zur Reinigung für die Genitalien hat. Er hat die Morbidität in seiner Anstalt dadurch vermindert.

Sticher hält die Reinigung im Bade doch für sicherer, will aber die Scheide durch Einbringung eines antiseptischen Tampons schützen.

Er weist noch auf die Infektionsmöglichkeiten durch das Klysma und die innere Untersuchung der Genitalien hin.

Schwarze.

Ueber Nabelschnurversorgung der Neugeborenen.

Von Leube.

(Centrbl. f. Gyn. 1901. No. 30.)

Zur Alkoholbehandlung des Nabelschnurrestes.

Von v. Budberg.

(Ebenda No. 39.)

L. empfiehlt die Unterbindung $1/2$ cm vom Hautrande entfernt mit Catgutfaden, Abschneiden des Restes, reichliche Bepuderung mit Diachylonpuder und Watte bezw. Gaze.

v. B. hat schon 1898 empfohlen, den Nabelschnurrest, auf dessen Länge er keinen Werth legt, mit in Alkohol getränkter Watte zu umwickeln. Er wiederholt jetzt seine Empfehlung, indem er den Vorwurf Leubes zurückweist, dass die Kinder sich durch Schmerzgefühle dagegen wehren.

Ahlfeld schneidet schon längere Zeit ebenfalls dicht an der Haut ab, unterbindet und betupft mit Alkohol.

Martin hat die Abbrennung mit der Brennscheere jetzt wieder aufgegeben und schneidet nach Unterbindung mit Seide dicht an der Haut einfach ab. Schwarze.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg

vom 22.—28. September 1901.

Abteilung für Neurologie.

III.

L. Bruns: Ueber Chorea electrica.

Bruns' Mittheilungen beziehen sich ausschliesslich auf die Formen der sogenannten Chorea electrica, wie sie Henoch und Bergeron beschrieben haben. Die Dubini'sche Chorea electrica, die eine ganz andere Pathogenese hat, lässt er ganz bei Seite. Er erörtert zunächst an Hand der Darstellung von Henoch und Bergeron das Krankheitsbild; es handelt sich um Zuckungen blitzartigen und brüsken Charakters, die aussehen, als wären sie durch einen elektrischen Schlag hervorgerufen — daher Chorea electrica — und die im Allgemeinen den Nacken, die Schultern und Oberarme betreffen. Die Patienten sind ausschliesslich Kinder von 7—16 Jahren, können im Uebrigen ganz gesund sein.

B's. Ausführungen sollen nun beweisen, dass auch bei Beschränkung auf die Henoch-Bergeron'sche Form der Chorea electrica diese Krankheitsfälle sich pathogenetisch noch in drei verschiedene Gruppen theilen lassen, eine Chorea electrica im engeren Sinne, eine hysterische Form und eine solche mit epileptischer Grundlage. Für jede dieser Formen wird ein typisches Beispiel vorgeführt. Die Chorea electrica s. s. steht den verschiedenen Formen der Tics besonders nahe, es ist vielleicht aber gut gethan, ihr noch eine besondere Stellung zu geben wegen der Eigenart der Lokalisation der Zuckungen und ihres Vorkommens ausschliesslich im Kindesalter.

Bei der hysterischen Form können die Stigmata der Hysterie ganz fehlen, dann ist die Unterscheidung von der Chorea electrica s. s. zunächst unmöglich. In B's. Falle war Gefühllosigkeit des Rachens vorhanden. Die epileptische Form ist meistens zu erkennen daran, dass neben den Chorea electrica ähnlichen Zuckungen typische epileptische Anfälle vorkommen, dass meist auch allmählich der Verstand der Kinder leidet und dass man manchmal vielleicht auch bei den kleinen Anfällen Bewusstseinspausen wird konstatiren können. Die der Chorea electrica ähnlichen Zuckungen sind hier dann entweder rudimentäre Anfälle oder interkurrente Muskelzuckungen, wie sie als Epilepsia continua, continua partialis, choreica von Kojewnikow, Bechterew, Nagel, Bresler u. a. beschrieben sind.

Die Unterscheidung der einzelnen Formen ist besonders wichtig für die Prognose und Behandlung. Die hysterische Form bietet eine sehr günstige Heilungsaussicht, die Chorea electrica s. s. eine schlechte; da man beide oft von vornherein nicht unterscheiden kann, ist es in diesen Fällen richtig, zunächst die Behandlungsmethoden der Hysterie, wenn irgend möglich in einem Krankenhause einzuleiten. Hier kommt vor allem die „zweckbewusste Vernachlässigung“ in Betracht; die Heilung oder Nichtheilung wird dann oft erst entscheiden, ob der Fall zur Hysterie gehört oder Chorea electrica s. s. ist. Die epileptische Abart der Chorea electrica ist leicht zu erkennen und die Behandlung ist die der Epilepsie. (Autorreferat.)

A. Leppmann-Moabit: Die Kriminalität der Unfallverletzten. (Der Vortrag ist unter den Originalien dieser Nummer abgedruckt).

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. November 1901.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

1. Herr **F. Krause:** Ueber einen Fall von Trigeminusneuralgie mit Narbenepilepsie; Erfolg durch Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Ein 48 jähriger Mann wird vorgestellt, welcher im Anschluss an eine Quetschung der linken Gesichtsseite bei einem Fall 1897 eine sich auf alle Zweige des Trigeminus allmählich verbreitende Neuralgie, abgesehen von einer Occipitalisneuralgie, bekommen hatte und deshalb bereits ausserhalb 3 erfolglose Operationen (Resektionen der 3 Aeste des Trigeminus) durchgemacht hatte. Nach der zweiten Operation stellten sich epileptische Anfälle ein. Durch die Schmerzen und die Krampfanfälle war der Mann gänzlich erwerbsunfähig geworden und so niedergeschlagen, dass er 1901 einen Selbstmordversuch

machte. Im Augustahospital zu Berlin, wo er im September d. Js. Aufnahme fand, wurden mehrmals typische epileptische Krampfanfälle beobachtet. Bei Druck auf die Narbe im Gesicht konnte ein neuer Anfall hervorgerufen oder ein bestehender Anfall verstärkt werden. Es handelte sich daher um Narbenepilepsie. K. stand wegen der starken Ausdehnung der Narbe in die Tiefe von einer Exzision derselben ab und versuchte den von der Narbe auf die Gehirnrinde ausgeübten Reiz durch Exstirpation des Ganglion Gasseri zu beseitigen und dadurch die Leitung vom Trigeminus zum Gehirn zu unterbrechen. K. hat 36 Mal diese Operation, auf deren Technik hier nicht eingegangen werden kann, gemacht, ohne seit 1892 ein Recidiv zu bekommen. Das vorgezeigte Präparat umfasste das Ganglion, den Trigeminusstamm und die Stümpfe des 2. und 3. Astes. Nach der Operation verschwanden die qualvollen Schmerzen im Trigeminusgebiet und die epileptischen Anfälle sind bis jetzt nicht wiedergekommen. Allerdings könne bei der Kürze der Zeit, die seit der Operation verflossen ist, noch keine Rede von einer Heilung der Epilepsie sein. K. führt aber einen Fall von Epilepsie aus, welchen er operativ geheilt habe. Derselbe betraf ein seit dem 4. Jahre an Jackson'schen Krämpfen leidendes und bereits verblödetes 16 jähriges Mädchen, bei welchem er nach Eröffnung des Schädels durch Punktion in der durch Faradisirung der Centralwindungen festgestellten Armcentrumsgegend eine 90 cbcm enthaltende subcorticale Cyste entleerte. Die Heilung verlief glatt; es traten während derselben und später noch epileptische Anfälle auf; seit 1893 aber kein einziger mehr. Das Mädchen erholte sich geistig ausserordentlich und wäre jetzt ein vernünftiges Bürgermädchen.

Herr Jastrowitz fragt, ob Druck auf die neue Narbe wieder Epilepsie auslöse, was Vortr. verneint.

Herr Remak erkundigt sich nach der Beziehung zwischen der Schnittführung und der sichtbaren Entstellung durch Facialisdurchschneidung.

Herr Krause erwidert, dass die Letztere von den früheren Operationen herrührt und sich nicht immer vermeiden lasse. Die von Schede früher ausgeführte Lücke'sche Operation sei technisch schwieriger wie die Ganglionexstirpation und es träte bei der ersteren auch leicht eine Kieferklemme durch Narbenkontraktion ein.

2. **J. Kron**: Ein Fall von Arseniklähmung. Die einundzwanzigjährige Patientin, deren Vater an Kopfschmerzen leidet, krankt seit dem fünften Jahre an Migräne, gegen welche vom Arzt Arseniktabloids (B. W. & Co.) à 0,001 gegeben wurden. Die Patientin nahm am 7. November 1899 im Lauf von 20 Stunden ca. 50 Pillen. Am gleichen Tag Parästhesieen in den Beinen und im Rücken; in der Nacht Schmerzen daselbst und im Leib. Am nächsten Tag Lähmung der Arme, Bauch- und Rückenmuskeln. Kein Erbrechen, keine Diarrhoeen. Wegen unbekannter Aetiologie wurde kein Gegenmittel gegeben. Nerven und Muskeln der oberen Extremität Monate lang druckempfindlich, reagirten nicht auf den elektrischen Strom. Urin und Stuhl musste Monate lang künstlich entleert werden. Menses cessirten $1/2$ Jahr nach der Vergiftung. Beträchtlicher Haarausfall trat ein. Am 2. August 1901 Aufnahme in die Mendel'sche Klinik. Schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten, rechter Oberschenkel kann minimal nach aussen rotirt und abduzirt werden. Rechter Unterschenkel kann sehr wenig gebeugt werden. Zehen des linken Fusses können eine Spur gebeugt werden. Andere aktive Bewegungen unmöglich. Füsse in Equinovarusstellung. Zehen flektirt. Ober- und Unterschenkelmuskulatur atrophisch, Haut daselbst behaart. Sensibilität intakt, elektrisch sind die Nn. tibiales und cruralis (rechts), ebenso die von ihnen versorgte Muskulatur mit sehr starken Strömen erregbar, andere Nerven und ihre Muskulatur reagiren nicht. Gehen und Stehen unmöglich. Nerven nicht druckempfindlich. Sämmtliche Reflexe fehlen. Urin ohne Arsenik. Blut normal. Puls 96—130. Hin und wieder Anfälle von Präkordialangst. In den letzten Wochen im rechten Oberschenkel fibrilläres Zittern. Bei der Demonstration Besserung der Beweglichkeit und des elektrischen Verhaltens im Bereich der Nn. ischiadici, cruralis und tibiales. Nn. peronei und ihre Muskulatur sind unerregbar. Keine Entartungsreaction, nur hochgradige Herabsetzung der Erregbarkeit in obigen Partieen. Vortragender nimmt ausser Neuritis der peripherischen Nerven Läsion des kardialen Vagus, der motorischen Blasennerven und des Splanchnicus an. Dieser Fall spreche für den peripheren Sitz der Arseniklähmungen. Vortragender geht auf Literatur, Prognose, Therapie und medikamentösen Gebrauch als ätiologisches Moment der Arseniklähmung ein und empfiehlt, die Gefährlichkeit des Mittels den Patienten einzuschärfen und bei Verordnung der Originaltabloids letztere mit Gebrauchsanweisung versehen zu lassen.

3. Herr **T. Cohn:** Krankendemonstration 1. 15 jähr. Mädchen aus Mendels Poliklinik, welche, abgesehen von unbestimmten Ohnmachtsanfällen seit drei Jahren ein Leiden bekommen hat, das mit ziehenden Schmerzen in den Unterschenkeln begonnen hat und zu einer erheblichen Gangstörung führte. Die Füsse werden so aufgesetzt, dass Spitze und äusserer Fussrand den Boden zuerst berühren. Beide stehen in Equinovagusstellung. Es besteht Peroneuslähmung beiderseits und Hypertrophie der Wadenmuskeln. Ausserdem ist Beckenschaukeln vorhanden. Die extensores halluc. long. weisen Entartungsreaktion auf und sind kontrahirt. Die elektrische Erregbarkeit ist an den übrigen Muskeln der unteren Extremitäten herabgesetzt. C. geht auf die Differentialdiagnose des Falles zwischen der spinalneurotischen Form der Muskelatrophie und der Dystrophia musculorum progr. ein und lässt es dahingestellt, in welche der beiden Krankheitsgruppen der Fall einzureihen ist. Es handle sich um einen Uebergangsfall.

2. 34 jähr. Pat.; früher wahrscheinlich syphilitisch, hat Herzfehler und innerhalb vier Jahren mehrere apoplektische Anfälle bekommen. Sie zeigt rechtsseitige Hemiplegie mit athetotischen Bewegungen in der Hand und in den Zehen und Mitbewegungen in der Hand, aber auch links Spasmen und Paresen in der unteren Fxtremität. Patellarreflexe sehr lebhaft, Patellar- und Fussklonus. Auffallend ist ein bulbärer Symptomenkomplex: Speichelfluss, Schluck- und Sprachstörung. Letztere nicht nur bulbär, sondern mit Aphasie komplizirt, die motorisch und sensorisch ist. Wahrscheinlich lägen mehrere Herde vor.

4. Diskussion über den Vortrag des Herrn **Juliusburger:** Ueber Zwangsvorstellungspsychosen.

Herr Mendel hält diese Gesellschaft am meisten für berufen, in eine Diskussion über diese Frage einzutreten, da Westphal hier die erste Anregung dazu gegeben habe. Im Gegensatz zu diesem glaube er mit dem Vortr., dass es Fälle giebt, in denen Zwangsvorstellungen zu Geistesstörung führen, und in denen Uebergänge zu den autochthonen oder den überwerthigen Vorstellungen Wernickes, kurz, zu den Wahnvorstellungen bestehen. Nicht aber stimme er ihm darin bei, dass Zwangsvorstellungen ohne Krankheitseinsicht und in Verbindung mit Gehörshalluzinationen vorkämen, stehe er doch noch auf der alten Definition von Westphal. Dieser, wie Griesinger und Krafft-Ebing hätten unter Zwangsvorstellungen eine besondere Form psychischer Erkrankung verstanden.

Neuerdings habe sich das Bestreben geltend gemacht, das, was als Krankheitsform bezeichnet wird, lediglich als Symptom hinzustellen, und nach dem subjektiven Bedürfniss

neue Namen für von altersher gebrauchte und genau definirte zu erfinden. Man sage Ischias für eine bestimmte Form der Neuritis, Niemand nenne aber die Ischiasschmerzen bei Tabes Ischias. Ebenso spreche man von der Hypochondrie als einer begrenzten Krankheitsform, sage aber eine hypochondrische Form der Paranoia. Durch die neue Methode, unter den früher als Krankheitsgruppe festgestellten Zwangsvorstellungen nur ein Symptom zu verstehen, welches unter verschiedenen Bedingungen vorkomme, würde die Sache nur verwirrt. Genetisch käme bei den Phobieen die Hypochondrie als wesentliches Moment in Betracht, auf deren Boden die Zwangsvorstellungen entständen. Eine Mutter, die bei dem Anblick eines Messers die Idee bekommt, damit ihr Kind zu ermorden, habe Angst, geisteskrank zu werden und in diesem Zustand das Messer zu ergreifen. In diesen und ähnlichen Fällen spricht M. nicht von Zwangsvorstellungen, da es sich hier nicht um die bestimmte Krankheitsform, sondern um ein Symptom handle. Er fässt unter dem Namen Zwangsvorstellungen nur diejenige Form psychischer Erkrankung auf, bei der bei Erhaltensein von vollkommener Krankheitseinsicht, der Intelligenz und Fehlen von Gehörshalluzinationen eine Störung in der Assoziation stattfindet. Als praktisch wichtig unterscheidet er drei Arten: Fälle, wo sich plötzlich und immer wieder eine bestimmte Vorstellung, z. B. das Wort Mückenfett in das Denken einmischt, ferner solche, bei denen das Denken zwangsweise vorzugsweise im Kontrast stattfindet, die, wenn sie ja geschrieben haben, fürchten, nein geschrieben zu haben. Dahin gehörte die Zweifelsucht zum Theil. Drittens solche Fälle, bei denen das Denken fortwährend im Assoziationsgesetz von Folge und Wirkung geschieht, z. B. wo Fragen auftauchen: Warum sind die Bäume grün und nicht blau?

Herr Jolly hält das Krankheitsbewusstsein mit Herrn Mendel für ein nothwendiges Kriterium der Zwangsvorstellungen, vermisst aber unter der Einteilung des Vorredners die Rubrik mit Impulsen, die Zwangsvorstellung, du musst irgend etwas thun, auf der Strasse Jemand anrempeln, einen Schrei in der Kirche ausstossen, von einer Brücke, auf der man steht, herunterspringen, obwohl das Fremdartige der Vorstellung eingesehen wird. Für das Vorkommen von Zwangsvorstellungen in krankhaften Zuständen käme noch die emotionelle Grundlage in Betracht. Darin herrschten Differenzen zwischen den Autoren. J. hält es für berechtigt, die Zwangsvorstellungen als Symptome und diejenigen auf Grund von Emotionen als verschiedene Zustände hinzustellen.

Herr Mendel ist mit Herrn Jolly darin einer Meinung, dass es Zwangsvorstellungen mit Impulsen gäbe. In Fällen von Brückenangst ist jedoch nach seiner Ansicht das Bindeglied die hypochondrische Vorstellung von der Geisteskrankheit. Mit Westphahl scheide er die Fälle mit der emotionellen Grundlage aus. Er lasse die Zwangsvorstellungen als Symptom gelten, wenn man denjenigen im Sinne von Westphahl einen besonderen Namen gebe (abortive Verrücktheit).

Herr Jolly hat keine hypochondrischen Vorstellungen, aber dennoch Brückenangst.

Herr Mendel betont, dass Zwangsvorstellungen auch bei Gesunden vorkommen. Er selbst zähle alle Droschkennummern zusammen, dividire sie durch 3, 7 etc.

Herr Leppmann ist auf Grund subjektiver Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass Zwangsvorstellungen häufig auf dem Boden körperlicher oder psychischer Uebermüdung als Folgen von Unlustgefühlen entstehen und zwar spielen dann, auch bei ganz Gesunden, illusionistische Vorstellungen eine wesentliche Rolle. In der Praxis handelt es sich meist um Steigerung neurasthenischer Zustände. L. hat sich bemüht, festzustellen, ob bei seinen Patienten neurasthenische Vorstadien nachzuweisen waren und ferner, ob die betreffenden Vorstellungen erst nach dem Einwirken einer gewissen Summe von Reizen, z. B. zu gewissen Tageszeiten eintreten. Nach L.'s Ansicht würden dahingehende Untersuchungen das Verständniss der betr. Zustände wesentlich erleichtern. Für unbedingt erforderlich hält auch L. absolute Krankheitseinsicht.

Herr Juliusburger hält daran fest, dass Krankheitseinsicht nicht als ein Kriterium der Zwangsvorstellungen gelten könne, eine Behauptung, die vor ihm schon von Anderen aufgestellt wäre. Seine Fälle bewiesen dies, ebenso wie das Vorkommen von Gehörtäuschungen und Beziehungswahn bei Zwangsvorstellungen. Die antochthone Auffassung Wernickes wäre allein geeignet, die herrschende Verwirrung zu lösen, nicht aber sie zu stiften.

Sitzung vom 9. Dezember 1901.

1. Herr **H. Kron:** Ueber hysterische Blindheit.

Vortr. erörtert zwei eigne Fälle von hysterischer Blindheit und bespricht die hysterische Amaurose auf Grund von 49 Fällen. Es kommen einseitige und doppelseitige vor. Die einseitige Form wurde bei 7 Männern gegenüber 16 Weibern angetroffen, was viel wäre bei dem Verhältniss von weiblicher zu männlicher Hysterie wie 20 : 1. Man müsse bei den wiederholt eintretenden Formen remittirende und rezidivirende Anfälle unterscheiden. Was die Dauer anlange, so wären die transitorischen in überwiegender Mehrzahl, es kämen aber auch hartnäckige Fälle vor; die Dauer betrage einige Stunden bis Monate. In zehn Fällen dauerte die Erscheinung von vier Monaten bis zu zehn Jahren. Die Ansicht, dass die hysterische Amaurose in der Regel eine transitorische ist, müsse also eine Korrektur erfahren. Die doppelseitige wäre allerdings etwas häufiger eine vorübergehende. Unter den wiederholt aufgetretenen fanden sich unter 13 Fällen 5 vorübergehende. Das Alter, in dem die Amaurose auftritt, entspreche dem bei der Hysterie gewöhnlichen. Der jüngste seiner Fälle betraf eine 10jährige Person, der älteste einen 54jährigen Mann. Die meisten Fälle kämen im zweiten und dritten Dezennium vor. Von Wichtigkeit, besonders in forensischer Beziehung, sei die Art, wie die Blindheit einsetze und verlaufe. In seinen langsam entstehenden Fällen habe sich die Blindheit in 8 Tagen ausgebildet. In recht wenigen Fällen traten hysterische Anfälle als Vorläufer der Blindheit auf, entgegen der herrschenden Ansicht. Gemüthsbewegungen waren auch nicht in übermässiger Zahl vorhergegangen. Traumatisch war sie achtmal entstanden. Bemerkenswerth sei, dass nur eine ganz geringe Veranlassung für diese schwere Störung erforderlich wäre, wie schmerzhafte Massnahmen an den Zähnen, Atropineinträufelungen ins Auge, Fremdkörper in demselben oder nur das Gefühl, als wäre ein solcher darin. Bei disponirten Personen gehöre ausserordentlich wenig dazu, um die Amaurose hervorzurufen. In 14 Fällen werde direkt darauf hingewiesen, dass gar keine greifbare Ursache vorhanden gewesen sei. In 16 Fällen bestand diese Erscheinung monosymptomatisch, ohne dass andere hysterische Stigmata nachweisbar waren. Was die Betheiligung der Augenmuskeln bei hysterischer Blindheit anlange, so waren die Pupillen bei 29 Fällen 15 mal normal. In den übrigen fand sich 8 mal Starre in Form von Miosis oder Mydriasis, in keinem Falle eine Lähmung der Binnenmuskeln. Von 9 Fällen wurden die äusseren Augenmuskeln 3 mal als normal bezeichnet, während in den sechs übrigen Krampferscheinungen erwähnt wurden. Mit der Heilung könne man noch rechnen, selbst wenn die Blindheit sehr lange gedauert habe. Es gäbe Fälle, die sich aus einer allmählich zunehmenden konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung entwickelten. Diese pflegten langsam zurückzugehen. In forensischer Beziehung stehe man schweren Um-

ständen gegenüber. Die Untersuchung mit Prisma, Stereoskop etc. könne dabei keine Resultate geben. Der hysterisch Blinde verhalte sich an diesen Apparaten genau wie ein Simulant. Auch der Umstand, dass die Amaurose das einzige Symptom, dass sie ohne Prodrome, ohne nachweisbare Ursache aufgetreten ist und dass der Zustand sich sehr in die Länge zieht, dürfe nicht zur Annahme einer Simulation verleiten. Bei einseitiger Blindheit dürfte das Abirren des blinden Auges beim Verdecken des gesunden, während es beim binokulären Sehakt fixirt, einen Anhalt geben.

2. Herr **Salomonsohn:** Zur Lokalisation der einseitigen Ophthalmoplegiaexterior mit Krankenvorstellung.

Es handelt sich bei einem 32jährigen Mann um eine Lähmung der III., IV., V., VI. und XII. Hirnnerven rechts. Aus den gelähmten Nervengebieten blieben frei die Musculi pterygoidei, die innere Augenmuskulatur und der Geschmack. Bemerkenswerth waren einseitiges Thränen, einseitiges Schwitzen, Keratitis neuroparalytica, Kieferklemme und eine später auftretende Dilatatorlähmung. Vortragender erörterte dann die Lokalisation der Ophthalmoplegia exterior unilateralis, kritisirte die diesbezüglichen Lehrsätze Mauthners und stellte für diesen Fall die Diagnose auf peripherische Neuritis. Der Vortrag soll später in extenso publizirt werden.

3. Herr **Cassirer:** Krankendemonstration.

Junger Mann mit Naevus angiomatosus vascularis der rechten Stirn- und Gesichtsseite und der Mundschleimhaut; ausserdem mit Anfällen von typisch kortikalem epileptischen Charakter, welche stets in demselben Muskelgebiet beginnen, sich gesetzmässig fortpflanzen und gelegentlich zu allgemeinen Krämpfen führen. Als Ursache dieser Epilepsie habe man wahrscheinlich in den kortikalen Centren für die befallenen Muskeln eine ähnliche Neubildung anzunehmen, wie sie im Gesicht des Kranken bestehe. Es handle sich hier um die Meningen resp. die Rindenschichten des Gehirns, namentlich im unteren Theil der vorderen Zentralwindung.

4. Herr **Henneberg** und Herr **Koch:** Ueber Neurofibromatose des Zentralnervensystems.

Herr Henneberg bespricht ausführlich und demonstrirt mit dem Projektionsapparat makroskopische und mikroskopische Präparate von zwei sehr ungewöhnlichen und interessanten Fällen multipler Fibrombildung des Zentralnervensystems, auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann. Im Anschluss daran erörtert er die typische Lokalisation und den charakteristischen klinischen Symptomenkomplex der Neurofibrome des „Kleinhirnbrückenwinkels", welche namentlich vom Akustikus ausgingen und selten doppelseitig vorkämen, wie in den besprochenen Fällen. Die Geschwülste seien in vielen Fällen mit Sicherheit zu diagnostiziren und wegen ihres oft nur sehr lockeren Zusammenhanges mit dem Gehirn vielleicht operabel.

M. E.

Sitzung des engeren Ausschusses Deutscher Bahnärzte am 12. Januar 1902 auf dem Lehrter Bahnhofe zu Berlin.

Herr Geh.-Rath Brähmer eröffnet als Vorsitzender die Sitzung um 11 Uhr. Schriftführer: Schwechten.

Anwesend Geh. San.-R. Dr. Brähmer, San.-R. Dr. Schwechten-Berlin und San-R. Dr. Herzfeld-Halle a./S., Dr. Zeitlmann-München und Hofrath Dr. Stich-Nürnberg für Bayern, Dr. Beck-Württemberg, Dr. Blume-Baden, San.-R. Dr. Schrick-Elsass-Lothringen.

Der Ort der nächsten Ausschusssitzung wird noch vorbehalten. Frankfurt a. M., Leipzig kommen ev. in Frage. Die Veröffentlichung darüber findet in der Aerztl. Sachverständigenzeitung statt.

Der Antrag, eine eigene Zeitung für bahnärztliche Interessen zu gründen, wird abgelehnt.

Schwechten giebt einen Ueberblick über die Lage der Kasse und beantragt Erhöhung der Beiträge, um den Anforderungen gerecht werden zu können.

Es wird beschlossen, für dies Jahr das Doppelte, also 20 Mark für jeden Delegirten eines Vereins, für zwei Delegirte also 40 Mark zu erheben; auf dem nächsten Bahnärztetage aber die Angelegenheit dauernd zu regeln und den Modus der Beitragspflicht vielleicht nach der Kopfzahl der Vereine zu ändern.

Die Einführung des engeren Ausschusses erfordert eine Aenderung der Satzungen. Man einigt sich nach kurzer Debatte auf Vorschlag von Stich nach dem jetzigen § 6 den § 7 folgendermassen zu fassen:

Zur Erledigung eiliger Angelegenheiten wird ein geschäftsführender engerer Ausschuss gebildet aus den beiden Vorsitzenden, den Schrift- und Kassenführern, welche mit Ausnahme des zweiten Vorsitzenden womöglich in Berlin wohnen sollen, sowie aus je einem Mitgliede jedes zum Verbande gehörigen Bundesstaates, soweit ein solcher nicht bereits unter den vier Erstgenannten vertreten ist.

(Zur Zeit besteht er also aus sieben Mitgliedern.)

Der bisherige § 7 wird § 8 und § 8 wird § 9.)

Damit erledigt sich der Antrag Davidsohn, welcher die Befürchtung aussprach, der engere Ausschuss könne den Ausschuss allmählich verdrängen.

Herr Stich erörtert eingehend das von ihm entworfene Einheitsformular, er bittet, zunächst über die Augenuntersuchung zu sprechen, da mit der Verneinung dieser Frage das Einheitsformular für Preussen falle. Schwechten bemerkt dazu, dass in Preussen eine Diskussion nur unmöglich gewesen wäre, wenn geringere Anforderungen als bisher gestellt würden, mit den von Stich vorgesehenen erhöhten Forderungen sei eine Diskussion wohl möglich, denn schwerere Anforderungen bei der Aufnahme lassen sich voraussichtlich erreichen, da an gut qualifizirten Bewerbern auch in Preussen kein Mangel sei. Aehnlich spricht sich Brähmer aus, glaubt aber doch, dass die Anforderungen noch nicht überall hoch genug seien. Das Formular wird sodann eingehend durchgesprochen und mit den vorgeschlagenen Aenderungen nunmehr den Vereinen zur Besprechung und Begutachtung unterbreitet werden. Allseitig wird anerkannt, dass zu dem Einheitsformular eine lapidare, kurze Dienstanweisung für Aerzte nothwendig sei und Stich mit ihrer Ausarbeitung beauftragt. Die durch ein amtliches Schreiben veranlasste Stellungnahme zur Agitation für beschränkte freie Aerztewahl wird eingehend besprochen.

Für den nächsten Bahnärztetag wird München vorgeschlagen und zwar im Monat September im Anschluss an die Sitzungen des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege nach der Naturforscherversammlung.

Nach genauer Feststellung der Zeit und der Tagesordnung wird an die zuständigen Verwaltungen die Bitte gerichtet werden, den sich betheiligenden Bahnärzten freie Fahrt zu gewähren. Es ist dies immer geschehen, und war der Antrag des Vereins Frankfurt unnöthig. Bewilligt wurden leider in Preussen bisher nur zwei für jede Direktion.

Der Antrag Davidsohn, zu jeder Versammlung wenigstens drei Delegirte pro Verein zu senden, und soweit nicht genügende Freikarten bewilligt werden, dieselben aus Vereinsmitteln zu gewähren, wurde einstimmig angenommen. Schluss der Sitzung 4 Uhr.

Schwechten.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wehmer, R. Die neuen Medizinal-Gesetze Preussens. Unter Berücksichtigung der neuen Reichsgesetze, der neuen von Verwaltungsbehörden erlassenen Bestimmungen und der gerichtlichen, sowie verwaltungsgerichtlichen Judikatur. Berlin, 1902. August Hirschwald. —

Das Buch bildet eine Fortsetzung und Ergänzung des Vielen liebgewordenen Wernich'schen Buches. Diese neue Zusammenstellung der Medizinalgesetze Preussens soll unter Fernhaltung allzu weitgehender Sonderbestimmungen mit beschränkter zeitlicher und örtlicher Gültigkeit nicht allein den Interessen der Medizinalbeamten sowie der Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, sondern auch ganz besonders der praktischen Aerzte, der Apotheker und der sonstigen Medizinalpersonen dienen. Der Landespolizeibezirk Berlin ist dabei in erster Linie berücksichtigt. — Das Buch erfüllt den beabsichtigten Zweck in hervorragender Weise und wird besonders durch sein sehr eingehendes Sach- und alphabetisches Register für den Gebrauch eine willkommene rasche Orientirung über die einschlägigen Bestimmungen ermöglichen. B.

Th. Weyl, Fortschritte der Strassenhygiene. Erstes Heft, mit 40 Abbildungen im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1901.

Zu dem vorliegenden Heft haben ausser dem Herausgeber der Leiter des Fuhrparks, der Strassenreinigung uud Feuerwehr in Bochum, W. Assmann und B. Röhrecke in Berlin, der seit Jahren mit praktischen Versuchen auf dem Gebiet der Müllbeseitigung beschäftigt ist, Beiträge geliefert.

Wie der Herausgeber in der Vorrede ausführt, wurde bei den Berathungen über eine festere Organisation des internationalen Comité's für Strassenhygiene im Anschluss an den internationalen Kongress in Paris von mehreren Seiten die Schaffung eines eigenen Organs angeregt, dem die Sammlung und kritische Verwerthung aller auf Strassenhygiene bezüglichen Schriften zufallen sollte. Die hierauf gerichteten Bemühungen haben bisher nicht zum Ziele geführt, weil Niemand die Gewähr für einen auch nur die Unkosten des Unternehmens deckenden Absatz der neuen Zeitschrift geben oder übernehmen konnte. Der Herausgeber hofft, dass sich das Ziel dennoch erreichen liesse, wenn der internationale Verein für Strassenhygiene ins Leben treten sollte, dessen Errichtung er anstrebt. Bis dahin sollen in unbestimmten Zwischenräumen erscheinende Veröffentlichungen genügen, deren erste hier vorliegt.

Das Heft umfasst ausser kleineren Mittheilungen „Strassenhygiene in Bochum von Assmann, „Berliner Müllabfuhr 1901“ von B. Röhrecke, „die Strassenreinigungsmaschine Salus“ von Th. Weyl, „die Sortiranstalt der Hausmüllverwerthung München, G. m. b. H. in Puchheim“ von Th. Weyl, „Bemerkunngen über den Stand der Müllbeseitigung mit besonderer Rücksicht auf Müllsortirung“ von Th. Weyl, „die Verwerthung des Küchenmülls in New-York“ von Th. Weyl, „der Müllverbrennungsofen von Dr. Dörr in Köln“ von Th. Weyl.

Die vorliegenden Aufsätze bieten dem Hygieniker und Verwaltungsbeamten, denen die Beurtheilung der mit den verschiedenen Methoden der Müllbeseitigung und Müllverwerthung einhergehenden gesundheitlichen Gefahren und Belästigungen obliegt, mancherlei Anregung und Belehrung. E. R.

Rissmann, Paul. Lehrbuch der Wochenbettpflegerinnen. Berlin bei Karger. Preis 1,60 Mark.

Die Stellung und Abgrenzung der Thätigkeit dieser Pflegerinnen ist eine noch recht schwankende und ihre Ausbildung lässt noch an vielen Orten viel zu wünschen übrig. R. sucht dem abzuhelfen und berechnet für die Kenntnisse, die nach seinem Leitfaden zu erwerben wären, einen Lehrkursus von drei Monaten. Er verlangt neben den primitiven anatomischen Kenntnissen natürlich alle technischen Fertigkeiten und Kenntnisse der allgemeinen Krankenpflegerin, zu denen dann die speziellen über Schwangerschaft, Wochenbetterkrankungen und Pflege des gesunden Kindes kommen. Vorangestellt sind einige kurze Leitsätze über die Pflichten der Wochenbettpflegerinnen im Allgemeinen.

R.'s Ausführungen sind klar und kurz in Paragraphen geordnet und mir ist bisher noch kein ähnlicher Leitfaden zu gedachtem Zwecke bekannt. Es wäre nur zu wünschen, dass dadurch diesem häufig unbefugten Personal eine grössere Aufmerksamkeit und bessere Ausbildung zugewandt würde.

Schwarze.

Tagesgeschichte.

Zum Fleischschaugesetz.

Da zu erwarten steht, dass die Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz, die gegenwärtig noch der Berathung der zuständigen Bundesrathsausschüsse unterliegen, demnächst erscheinen werden, wird nochmals darauf hingewiesen, dass nach dem Inkrafttreten des Gesetzes betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 in Städten, in welchen die obligatorische Fleischbeschau besteht, die aber kein öffentliches Schlachthaus besitzen, die Beschau nur auf das Fleisch der am Orte ansässigen Fleischer ausgedehnt werden darf, während alles von aussen eingebrachte Fleisch dem Beschauzwange nicht unterliegt, weil es bereits einmal untersucht ist. Eine solche Nachuntersuchung ist nach dem Inkrafttreten des Fleischschaugesetzes nur in Städten mit Schlachthäusern möglich, da nach § 20 Abs. 2 des Gesetzes landesrechtliche Vorschriften über den Beschauzwang für Gemeinden mit öffentlichen Schlachthäusern unberührt bleiben. Zu diesen landesrechtlichen Bestimmungen gehört auch das Gesetz, betr. die Errichtung öffentlicher, ausschliesslich zu benutzender Schlachthäuser vom $\frac{\text{18. März 1868}}{\text{9. März 1881.}}$

Hierin liegt die Gefahr, dass Orte, die kein Schlachthaus besitzen, mit Fleisch von auswärts um so mehr überschwemmt werden, je konsumfähiger sie sind. Diese Gefahr ist dann besonders gross, wenn die erstmalige Untersuchung von Laienfleischbeschauern ausgeführt wurde, die unter Umständen Fleisch zum Konsum zulassen, das bei nochmaliger gewissenhafter Untersuchung zurückgewiesen werden müsste.

Durch die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser sichern sich demnach die Kommunen das Recht, alles in die Kommune eingeführte frische Fleisch einer genauen Kontrole zu unterziehen, während sie andererseits die Untersuchung nur auf das am Orte geschlachtete Fleisch ausdehnen dürfen.

Es steht zu hoffen, dass im Hinblick auf diese Konsequenzen die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser schnellere Fortschritte machen wird, als dies vielfach bisher der Fall gewesen ist, zumal durch alle vorliegenden Erfahrungen dargethan ist, dass die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser eine Fleischvertheuerung nicht zur Folge hat. Sache der Medizinalbeamten wird es ausserdem sein, bei der Handhabung des § 80 der Dienstanweisung, wonach ihnen die Wahrnehmung der gesundheitspolizeilichen Interessen gegenüber den Schlachthäusern obliegt, mit Rücksicht auf die mit den Privatschlächtereien verbundenen Gefahren und Belästigungen (Verunreinigung des

Bodens, der Wasserläufe, Luftverderbniss u. s. w.) auf die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser nach Kräften hinzuwirken.

R.

Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Das Ueberhandnehmen kurpfuscherischer Anmassung und Reklame hat die preussische Regierung zu nachstehendem Erlass des Justizministers veranlasst.

Nach einer Mittheilung des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten ist aus den Kreisen der Aerzte im Laufe der letzten Jahre wiederholt Klage darüber geführt worden, dass seit der durch die Reichsgewerbeordnung erfolgten Aufhebung des früher in Preussen bestandenen Kurpfuschereiverbots (§ 199 des Strafgesetzbuchs vom 14. April 1851) die Kurpfuscherei in einem solchen Masse zugenommen habe, dass ein Einschreiten im öffentlichen Interesse geboten erscheine. Die aus Veranlassung dieser Beschwerden veranstalteten Erhebungen haben ergeben, dass auf dem Gebiete des Kurpfuschereiwesens, insbesondere durch Anpreisung von Heilmitteln und Heilmethoden gegen alle möglichen Krankheiten durch nicht approbirte Personen Auswüchse entstanden sind, denen im Interesse des Publikums entgegengetreten werden muss. Zu den für die Bekämpfung der hervorgetretenen Missstände in Vorschlag gebrachten Massregeln gehört auch die Anwendung der Bestimmungen des Reichsgesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs vom 27. Mai 1896 (R.-G.-Bl. S. 145). Wie die in Abschrift beiliegende Entscheidung des Reichsgerichts vom 16. Juni 1900 und die dazu erstattete, durch Vermittelung des Herrn Staatssekretärs des Reichsjustizamts dem Herrn Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten zugegangene Erklärung des Oberreichsanwalts vom 23. Oktober 1900 ergiebt, hat das Reichsgericht die Bestimmungen des § 4 des genannten Gesetzes auch auf die von den sogenannten Heilkünstlern dargebotenen „gewerblichen Leistungen" für anwendbar erklärt. Nach § 12 a. a. O. ist die Strafverfolgung in den Fällen des § 4 von einem Antrag abhängig, welcher von jedem der in dem § 1 bezeichneten Gewerbetreibenden und Verbände gestellt werden kann. Zu den Antragsberechtigten werden ausser den Aerzten selbst auch die zur Vertretung der Interessen des ärztlichen Berufs berufenen Aerztekammern bezw. deren Vorstände (§§ 1, 2, 9 der Verordnung vom 25. Mai 1887 (G.-S. S. 169), betreffend die Errichtung der ärztlichen Standesvertretung) zu rechnen sein.

Der Erlass, dessen wichtigster Punkt der ist, dass den Aerztekammern das Antragsrecht zustehen soll, scheint für die Praxis nicht ohne Bedeutung bleiben zu wollen. In Berlin haben bereits zwei Verurtheilungen auf Grund des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb stattgefunden, nachdem die Aerztekammer Strafantrag gestellt hatte.

Staatliche Versicherung gegen Gewerbekrankheiten.

In der französischen Deputirtenkammer hat der Abgeordnete Breton den Antrag gestellt, in das Unfallversicherungsgesetz auch die Gewerbekrankheiten einzubeziehen. Der Antrag ist der Kommission für Versicherungs- und Arbeiterwohlfahrtsangelegenheiten vorgelegt worden. Ferner hat der Abg. Mirman vorgeschlagen, eine Kommission mit der Prüfung dieser Frage und insbesondere mit der Ausarbeitung einer Liste der Gewerbekrankheiten zu beauftragen.

Es ist da eine Frage von grosser sozialer Wichtigkeit angeschnitten worden, aber unseres Erachtens ohne viel Aussichten auf ihre endgiltige Lösung. Das Gebiet der „Unfälle" zu begrenzen, macht schon Schwierigkeiten genug; der Begriff „Gewerbekrankheit" aber lässt sich in der Praxis überhaupt nicht abgrenzen. Das mag zunächst paradox klingen: wenn ein vorher gesunder Polirer ein Eczem an beiden Händen oder ein Glasbläser eine „main en crochet" oder ein Schuhmacher eine Entzündung der Sehnenhaut der Hand bekommt, so ist es nicht schwer, eine Gewerbekrankheit darin zu erkennen. Wie aber, wenn, um den allerhäufigsten Fall zu nennen, der Steinhauer tuberkulös oder der Bäcker blutarm wird, oder wenn der viel mit Giften Beschäftigte schliesslich an allgemeiner Nervenschwäche leidet. Das sind doch eigentlich die allerwichtigsten Fälle, und gerade ihnen gegenüber versagt im Einzelfalle unser Urtheil, ob sie unter die Gewerbekrankheiten einzureihen sind, völlig. Wir halten deshalb die im Nachbarlande eingeleiteten Bestrebungen vorläufig für aussichtslos und vermögen eine für unsere heimischen Verhältnisse brauchbare Anregung daraus nicht zu entnehmen.

Fürsorge für Erwerbsbeschränkte.

Unter dieser Ueberschrift regt Hedwig Lindhamer in der „Arbeiterversicherung" Massnahmen an, die ärztlicherseits prinzipiell auf freudige Zustimmung rechnen und Anspruch auf ernsthafteste Erörterung erheben dürfen. Sie schreibt:

„Die vom Verein für Fraueninteressen errichtete Auskunftsstelle über die Münchener Wohlfahrtseinrichten sieht sich auf Grund der während ihrer Wirksamkeit erworbenen Erfahrungen veranlasst, die Aufmerksamkeit der für Sozialpolitik und Wohlfahrtspflege interessirten Kreise auf Missstände hinzulenken, welche eine Abhilfe im Interesse einer rationellen Bekämpfung der Nothlagen in hohem Gade wünschenswerth erscheinen lassen. Als besonders dringende Forderung erweist sich eine umfassendere Fürsorge für erwerbsbeschränkte Rekonvaleszenten, insonderheit der aus Sanatorien, Lungenheilstätten u. s. w. entlassenen Personen, durch Beschaffung eines ihrem Kräftezustand entsprechenden Verdienstes, der ihnen die zur Erhaltung ihrer wiedergewonnenen Gesundheit erforderliche Lebensweise sichert. Aus Mangel an Mitteln und an einem angemessenen Verdienst sind diese Rekonvaleszenten meist nicht im Stande, sich die zur Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft nöthige, kräftige Kost zu leisten. Die in der Heilanstalt erreichte Besserung und die hierfür aufgewendeten Kosten gehen wieder verloren, wenn es nicht gelingt, einen genügenden Lebensunterhalt zu finden. Der Arbeitsnachweis begünstigt in erster Linie die gesunden, kräftigen Arbeitnehmer und kann in seiner Eigenschaft als Arbeitsvermittelungsamt keine Rücksicht auf erwerbsbeschränkte, schwächliche Personen nehmen. Wohl aber läge es im Interesse der Heilstätten und wäre nur die Fortsetzung ihrer begonnenen Thätigkeit, für das weitere Fortkommen ihrer Pfleglinge durch Vermittelung von geeigneter Arbeit zu sorgen, sei es im Anschluss an die Arbeitsnachweise oder durch direkte Verbindung mit behördlichen oder privaten Arbeitgebern. Die Mühe, welche eine derartige Erweiterung der Wirksamkeit den Anstalten verursachen würde, dürfte kaum in Betracht kommen gegenüber den grossen Vortheilen, welche für Rekonvaleszenten und Heilstätten damit erreicht werden."

Dass für diejenigen Personen, welche nach einem beendeten Heilverfahren noch der Schonung und Einarbeitung bedürftig sind, etwas geschehen muss, liegt klar auf der Hand. Ebenso richtig ist es, wenn die Heilstätten in die Lage versetzt werden, den Entlassenen gleich passende Arbeitsgelegenheit nachzuweisen. Nur glauben wir, dass schwerlich die Heilstätten im Stande sein werden, selbst mit behördlicher Unterstützung genügend Arbeitsplätze für ihre Rekonvaleszenten ausfindig zu machen. In zu frischer Erinnerung ist uns noch der anfängliche Misserfolg des Berliner Vereins für Unfall-

verletzte bei ähnlichen Bestrebungen. Was uns am meisten Erfolg zu versprechen scheint, das ist eine weitere Ausgestaltung eben derjenigen Vereinsthätigkeit, deren ersten Anfang der Berliner Verein für Unfallverletzte darstellt. Es wäre gleichzeitig auch möglich und wünschenswerth, dass die Landesversicherungsanstalten sich an diesen Vereinsunternehmungen betheiligten, und die Unterstützung der Behörden würde sicherlich auch nicht fehlen.

Hygiene der Barbierstuben.

Nach einer Verfügung des Landraths für den Kreis Niederbarnim, zu dem die nördlichen und östlichen Vororte der Reichshauptstadt gehören, müssen 1. die öffentlichen Barbier- und Friseurstuben täglich mehrmals sorgfältig gereinigt und gelüftet werden, sie dürfen nicht als Schlafstuben benutzt und Hunde und Katzen in denselben nicht geduldet werden; 2. Personen, welche mit Haar-, Haut- oder sonstigen ansteckenden Krankheiten behaftet sind, dürfen weder das Barbiergewerbe ausüben, noch in öffentlichen Barbierstuben bedient werden; 3. vor Bedienung eines jeden Kunden hat sich der Barbier gründlich mit Wasser und Seife die Hände zu waschen; 4. die Sessel, an die der Kopf gelehnt wird, sind bei jedesmaligem Gebrauch mit einem sauberen Schutzstoff aus Papier zu bedecken, der nach einmaliger Benutzung zu vernichten ist; 5. Scheeren, Kämme, Rasirmesser, Bürsten etc. sind gehörig zu reinigen. Verboten ist die Benutzung von Kopfrollbürsten, Puderquasten, Rasirpinseln und Schwämmen, sowie der gemeinsame Gebrauch von Schnurrbartbinden; 6. diese Vorschriften müssen in jeder Barbierstube ausgehängt werden. Die Vorstände der Barbier-, Friseur- und Perrückenmacherinnungen des Kreises werden aufgefordert, ihren Mitgliedern sofort diese Bestimmungen bekannt zu geben, deren Innehaltung einzuschärfen und zu überwachen. Ausserdem erfolgt die Kontrole bei den nichtorganisirten Barbieren, aber auch bei Innungsmitgliedern, durch die Ortspolizeibehörden.

(Allg. Med. Centr.-Ztg.)

Approbationsentziehung.

Der dritte Senat des Oberverwaltungsgerichts sprach in einem Urtheil aus: das Ansehen des ärztlichen Standes erfordere, dass grundsätzlich einem Arzt für die Dauer des Ehrverlustes die Approbation entzogen werde. Eine Ausnahme hiervon sei nur für den Fall zuzulassen, dass ganz besondere Umstände die der Verurtheilung zu Grunde liegenden Handlungen in einem milderen Licht erscheinen liessen.

(Med. Ztg.)

Vorträge über gerichtliche Medizin.

Dem Cyklus von Vorträgen, welcher unentgeltlich im vorigen Jahre über Syphilis und Gonorrhoe in der Königl. Charitee abgehalten worden ist, wird sich im März und April 1902 ein Ergänzungscyklus über das gleiche Thema anschliessen. Vorher aber wird ein Cyklus aus dem Gebiet der gerichtlichen Medizin stattfinden, dessen Programm wir nachstehend im Wortlaut wiedergeben.

1. Feststellung des Todes u. der Todesursache	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Virchow	Pathologisches Museum in der Charité	10. Febr.
2. Sachverständigenthätigkeit u. Technik des Gerichtsarztes	Professor Dr. Strassmann	Pathologisches Museum in der Charité	14. Febr.
3. Gesundheitszustand in civil- u. strafrechtlicher Beziehung	Professor Dr. Strassmann	Pathologisches Museum in der Charité	18. Febr.
4. Traumatische Todesarten	Gerichtsarzt Privatdozent Dr. Puppe	Pathologisches Museum in der Charité	21. Febr.
5. Tod durch gewaltsame Erstickung und abnorme Temperatur	Gerichtsarzt Privatdozent Dr. Puppe	Pathologisches Museum in der Charité	25. Febr.
6. Gifte	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Liebreich	Pharmakologisches Institut der Universität, Dorotheenstrasse 34a	28. Febr.
7. Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Olshausen	Pathologisches Museum in der Charité	4. März
8. Krimineller Abort und Kindesmord	Privatdozent Dr. Gottschalk	Pathologisches Museum in der Charité	7. März
9. Begriff der Zurechnungsfähigkeit in strafrechtlicher Hinsicht	Professor Dr. Mendel	Pathologisches Museum in der Charité	11. März
10. Die Geisteskranken in civilrechtlicher Hinsicht	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Moeli	Pathologisches Museum in der Charité	14. März
11. Perverser Sexualtrieb und Sittlichkeitsverbrechen	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Jolly	Psychiatrische und Nerven-Klinik der Charité	18. März
12. Die forensisch wichtigsten Seelenstörungen (insbesondere Hysterie und Epilepsie)	Professor Dr. Köppen	Psychiatrische und Nerven-Klinik der Charité	1. April

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 26. November 1901 betr. die Gebühren der Kreisärzte für Obduktionsberichte.

Die Gebühren sind amtsärztliche, müssen daher von vollbesoldeten Kreisärzten an die Staatskasse abgeführt und bei nicht vollbesoldeten auf das pensionsfähige Einkommen angerechnet werden.

Erlass vom 26. November 1901 betr. Untersuchung unbemittelter Militärreklamanten.

Die Untersuchung von Reklamanten darf nur durch die Kreisärzte vorgenommen werden. Bei nachweislich Unbemittelten können die Kosten auf den Regierungsfond zu allgemeinen polizeilichen Zwecken übernommen werden.

Erlass vom 2. Dezember 1901 betr. die Tagegelder und Reisekosten, sowie die Fuhrkostenentschädigungen der Medizinalbeamten.

Für medizinal- oder sanitätspolizeiliche Verrichtungen im allgemeinen staatlichen Interesse, welche am Wohnort oder innerhalb 2 Kilometer von demselben zu vollziehen sind, wird bis auf Weiteres nach wie vor eine Entschädigung von je 1,50 Mark für Fuhrkosten gewährt.

Erlass vom 18. Dezember 1901 betr. Verrichtungen der Kreisärzte auf dem Gebiete der Schulhygiene.

Besprechung vorbehalten.

Erlass vom 9. Dezember 1901 betr. die Anzeige von Wohnortswechsel und Ableben eines zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten.

Erlass vom 21. Dezember 1901 betr. strafrechtliche Verfolgung der Kurpfuscherei s. o.

Erlass vom 16. November 1901 betr. Untersuchungen von Trink- und Kesselspeisewasser durch die Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin.

Erlass vom 11. Dezember 1901 betr. Mittheilung von dem Auftreten gefahrdrohender Volkskrankheiten an die Militärbehörden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. | № 4. | Ausgegeben am 15. Februar.

Inhalt:

Die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiet der Gewerbehygiene.

Von
Regierungs- und Geh. Medizinalrath
Dr. E. Roth-Potsdam.

Auf die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiet der Gewerbehygiene beziehen sich die §§ 18, 21, 76, 91, 92 und 93 der Dienstanweisung für die Kreisärzte und die Anweisung zur Ausführung der Gewerbeordnung Tit. I, II, IV, V vom 9. August 1899. Letztere Anweisung sieht die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Genehmigung und Veränderung einer grösseren Zahl der nach 16 Gew.-O. genehmigungspflichtigen Anlagen vor. Zu diesen Anlagen gehören u. A. Gasbereitungs- und Gasbewahrungsanstalten, Glas- und Russhütten, Anlagen zur Gewinnung roher Metalle, Röstöfen, Metallgiessereien, sofern sie nicht blosse Tiegelgiessereien sind, chemische Fabriken aller Art, Schnellbleichen, Stärkefabriken mit Ausnahme der Fabriken zur Bereitung von Kartoffelstärke, Leim-, Thran-, Seifensiedereien, Talgschmelzen, Schlächtereien, Gerbereien, Abdeckereien, Poudrette- und Düngepulverfabriken, Kunstwollfabriken, Cellulosefabriken, Anlagen zur Destillation und zur Verarbeitung von Theer und Theerwasser (vgl. No. 12 der Anweisung vom 9. August 1899). Bei Anträgen auf Genehmigung einer der in der Anweisung unter No. 12 aufgeführten Anlagen erhält neben dem Bauinspektor und Gewerbeinspektor auch der Kreisarzt ein Exemplar der Vorlage zur Prüfung (vgl. § 91 der Dienstanweisung). Der hierauf bezügliche Erlass des Medizinalministers vom 20. Dezember 1899 (Min.-Bl. f. d. i. V. S. 85, vgl. auch Anhang zur Dienstanweisung für die Kreisärzte, Amtliche Ausgabe S. 239) betont die Wichtigkeit und Bedeutung dieser medizinalamtlichen Begutachtung, die zur Voraussetzung hat, dass sich die Medizinalbeamten über die praktische Tragweite dieser Begutachtung genügend unterrichten, dass sie sich mit den Erfahrungen der wissenschaftlichen und praktischen Gewerbehygiene, deren Fortschritten sowie mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen vertraut machen. Der Erlass betont dann ganz besonders die Wichtigkeit, die Fabrikationsbetriebe aus eigener Anschauung kennen zu lernen und erachtet zu diesem Zweck ein wechselseitiges, verständiges Zusammenwirken der Medizinal- und Gewerbeaufsichtsbeamten für unerlässlich.

Von gesetzlichen Bestimmungen gehören ausser den Vorschriften der Gewerbeordnung und den dazu ergangenen Aus-

führungsanweisungen vor Allem hierher die auf Grund der §§ 120e und 139a der Gewerbeordnung erlassenen Bekanntmachungen des Bundesraths und der Centralbehörden.[1])

Der § 92 der Dienstanweisung für die Kreisärzte bestimmt, dass der Kreisarzt auch den bestehenden Gewerbebetrieben seines Bezirks, welche die öffentliche Gesundheit oder die der beschäftigten Arbeiter zu schädigen geeignet sind, oder welche durch ihre festen oder flüssigen Abgänge Verunreinigungen der öffentlichen Wasserläufe und des Untergrundes befürchten lassen, seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und auf die Beseitigung vorhandener gesundheitlicher Schädlichkeiten und Belästigungen hinzuwirken hat. — Er hat sich mit den zuständigen Behörden und Beamten, namentlich dem Gewerbeinspektor in Verbindung zu setzen (§ 18 der Dienstanweisung), mit diesem gemeinschaftlich nach Bedürfniss die Anlagen, insbesondere solche, deren Betrieb vorzugsweise Gesundheitsschädigungen im Gefolge hat (z. B. Phosphorzündwaaren-, Spiegel-, Bleifarben-, Akkumulatoren-, Glühlampen- und chemische Fabriken) zu besichtigen und darauf zu achten, dass den hygienischen Anforderungen überall gebührende Rechnung getragen wird.

Auch die mit einzelnen Zweigen der Hausindustrie verbundenen gesundheitlichen Schädlichkeiten soll der Kreisarzt beachten und entsprechende Abhilfemassnahmen anregen.

Durch den Erlass des Ministers für Handel und Gewerbe vom 24. Juli 1901 wurden die Gewerbeaufsichtsbeamten auf diese Bestimmungen der Dienstanweisung hingewiesen und zugleich bestimmt, dass in Zukunft alle Befugnisse, die durch jene Dienstanweisung den Gewerbeaufsichtsbeamten gegenüber den Kreisärzten eingeräumt worden sind, auch den Kreisärzten gegenüber den Gewerbeaufsichtsbeamten zustehen. In Uebereinstimmung hiermit ordnete bereits der § 12 der Dienstanweisung für die Gewerbeaufsichtsbeamten vom 22. März 1892 an, dass sich die Gewerbeaufsichtsbeamten mit den technischen Beamten des Kreises (Kreisbauinspektor, Kreisphysikus) über den amtlichen Wirkungskreis derselben berührende Fragen ins Benehmen zu setzen haben.

Hiernach ist eine Mitwirkung des Kreisarztes auf gewerbehygienischem Gebiet vorgesehen einmal im Genehmigungsverfahren, und zwar bezüglich einer Reihe von Anlagen, bei denen gesundheitsschädliche Einwirkungen auf die Umgebung oder die Arbeiter zu befürchten sind, und zweitens bei bestehenden Anlagen in Verbindung mit dem Gewerbeinspektor bezüglich solcher Anlagen, deren Betrieb vorzugsweise Gesundheitsschädigungen für die Arbeiter und die Umgebung oder Verunreinigungen der Wasserläufe und des Erdbodens im Gefolge hat.

Was die Mitwirkung im Genehmigungsverfahren betrifft, so prüfen der Baubeamte, der Gewerbeaufsichtsbeamte und der Medizinalbeamte selbständig und unabhängig von einander die Vorlagen. Reichen die von dem Unternehmer eingereichten Unterlagen zur Prüfung nicht aus, so ist der Unternehmer von dem Sachverständigen zur Ergänzung auf kürzestem Wege, sei es durch mündliche Verhandlung oder durch unmittelbaren Schriftwechsel zu veranlassen. In jedem Falle ist die Abgabe der Gutachten nach Möglichkeit zu beschleunigen.

Wird bei Veränderung bestehender Anlagen der Antrag gestellt, von der öffentlichen Bekanntmachung Abstand zu nehmen, so haben sich die Sachverständigen bei Rückgabe der Vorlagen auch hierüber zu äussern, wobei die Bestimmungen des § 25 Gew.-O. und der Anweisung zur Ausführung der Gewerbeordnung vom 9. August 1899 zu beachten sind. Diese Prüfung wird sich vor Allem darauf zu erstrecken haben, ob es sich um eine wesentliche Veränderung der Betriebsstätte oder des Betriebes handelt (vgl. auch § 91, Abs. 3 der Dienstanweisung für die Kreisärzte). Nach Abschluss der Erörterungen sind die Verhandlungen, falls es erforderlich erscheint, insbesondere wenn erhebliche Einwendungen gegen die Anlage erhoben sind, dem Baubeamten, Gewerbeaufsichtsbeamten und Medizinalbeamten zur Abgabe eines neuen Gutachtens mitzutheilen. War der zuständige Medizinalbeamte, im Falle es sich um Abänderung einer bestehenden Anlage handelt, noch nicht gehört, so ist in geeigneten Fällen die Abgabe eines Gutachtens herbeizuführen (vgl. Anweisung zur Ausführung der Gewerbeordnung vom 9. August 1899, No. 20).

Einen Anhalt für die bei der Genehmigung solcher Anlagen, für die die Kreis-(Stadt-)Ausschüsse zuständig sind, hauptsächlich zu berücksichtigenden Gesichtspunkte giebt die „Technische Anleitung zur Wahrnehmung der den Kreis-(Stadt-) Ausschüssen (Magistraten) durch § 109 des Gesetzes über die Zuständigkeit der Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden vom 1. August 1883 hinsichtlich der Genehmigung gewerblicher Anlagen übertragenen Zuständigkeiten" (Erlass des Ministers für Handel und Gewerbe vom 16. Januar 1895).

Aus der Fassung des § 16 Gew.-O. ergiebt sich als nächstliegender Zweck der Genehmigung, die Nachbarn und das Publikum überhaupt vor erheblichen Nachtheilen, Gefahren und Belästigungen zu schützen, d. h. solchen, die dasjenige Maass überschreiten, dessen Duldung ihnen im Interesse der für die allgemeine Wohlfahrt unentbehrlichen Industrie angesonnen werden kann; dabei sind gleichzeitig die zum Schutze der Arbeiter erforderlichen Schutzmassnahmen vorzuschreiben (§ 18 der Gew.-O.). Die genehmigende Behörde hat zu prüfen, ob solche Gefahren entstehen können, und welche Vorschriften zum Schutze der Umgebung wie der Arbeiter zu erlassen sind. Nur wenn dieser Schutz nicht möglich ist, wird die Abweisung des Gesuchs auszusprechen sein. Lässt sich zur Zeit der Konzessionirung nicht übersehen, ob die gewerbliche Anlage Nachtheile für das Publikum und die Nachbarschaft zur Folge haben wird, die nicht zugelassen werden können, so muss diese Möglichkeit durch einen ausdrücklichen Vorbehalt seitens der genehmigenden Behörde, später noch Bedingungen zu stellen, gesichert sein (sog. Konzessionsklausel, vgl. Min.-Erl. vom 8. August 1886).

Beide, Gewerbeinspektor und Kreisarzt, haben die Anlagen in ihrer gesammten Einwirkung auf die Nachbarn, das Publikum und die Arbeiter zu prüfen. Eine Arbeitstheilung ist hier nicht vorgesehen und auch nicht durchführbar, da die Gewerbeinspektoren nach § 139b Gew.-O. die Aufsicht über die gewerblichen Betriebe, speziell auch nach der Seite des Arbeiterschutzes und Verwendungsschutzes (§§ 120a bis c, 134 bis 139 Gew.-O.) auszuüben haben, wohin auch die Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter, der Hygiene der Betriebsstätte (Ventilation, Beleuchtung, Staubbeseitigung, Ableitung von Gasen und Dämpfen u. s. w.), Wohlfahrtseinrichtungen u. A. gehören. Um so nothwendiger ist eine gegenseitige Ergänzung und Verständigung Beider, die die Voraussetzung für ein erspriessliches Zusammenwirken bildet. Nur soweit besondere Schäden für die Anwohner in Frage kommen, insbesondere solche, die durch schädliche Gase und Dämpfe, störende Geräusche oder Verunreinigungen des Untergrundes und der benachbarten Wasserläufe verursacht werden, wird das Gutachten des Medizinalbeamten, dem die Sorge für Reinhaltung von Wasser, Luft und Boden in

[1]) Vgl. Roth, Tschorn, Welzel Die Rechte und Pflichten der Unternehmer gewerblicher Anlagen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer u. s. w. Berlin 1899, Verlag von Richard Schoetz.

erster Linie obliegt, von ausschlagender Bedeutung sein, das erforderlichen Falls, soweit der Gewerbeaufsichtsbeamte nicht selber Chemiker ist, durch das Gutachten eines chemischen Sachverständigen zu ergänzen sein wird. Der Kreisarzt wird daher diesen Fragen seine besondere Aufmerksamkeit zuwenden müssen und sich mit der Zusammensetzung der Fabriken und Bestände der Fabrikabwässer sowie der Art ihrer Reinigung an der Hand wissenschaftlicher und praktischer Erfahrungen sowie mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen über die Frage der Flussverunreinigung *) und den Entscheidungen höchster Gerichtshöfe über die durch störende Geräusche, durch Rauch und Russ gewerblicher Anlagen, widerliche Ausdünstungen u. s. w. hervorgebrachten Schädigungen und Belästigungen vertraut zu machen haben.

Bei einem Auseinandergehen der Meinungen wird das Bestreben darauf gerichtet sein müssen, die differenten Anschauungen durch Rückfragen und, soweit möglich, durch persönliches Benehmen der Gutachter auszugleichen, damit unliebsame und vermeidbare Verzögerungen verhütet werden. Je mehr die Kreisärzte sich die Erfahrungen der Gewerbe-Hygiene zu eigen machen, je mehr sie namentlich durch eigene Anschauung den gegenwärtigen Stand der praktischen Gewerbe-Hygiene und der Technik an gleichartigen Betrieben kennen lernen, um so sicherer wird es gelingen, erhebliche Meinungsverschiedenheiten von vorne herein zu vermeiden. Gelingt dies ausnahmsweise nicht, so liegt es der Beschlussbehörde ob, zwischen beiden aus einandergehenden Anschauungen auszugleichen und zu vermitteln. Dies hat keine Schwierigkeiten, wenn es sich um gewerbliche Anlagen handelt, zu deren Genehmigung der Bezirksausschuss zuständig ist, dem in dem Regierungs-Gewerberath und Regierungs-Medizinalrath sachverständige Berather zur Seite stehn. Anders liegt die Sache, wenn es sich um Anlagen handelt, deren Genehmigung den Kreisausschüssen (Magistraten) vorbehalten ist. In solchen Fällen wird es Aufgabe der Beschlussbehörde sein, speziell des Landraths, zwischen beiden Gutachtern zu vermitteln. Gelingt es auf diese Weise nicht, eine Einigung herbeizuführen, so wird die Beschlussbehörde entweder selbstständig zu entscheiden oder die Entscheidung des Regierungspräsidenten herbeizuführen haben, in ähnlicher Weise, wie dies bei der Prüfung von Dampfkesselkonzessionsgesuchen geschieht. Hier sind bei der Vorprüfung der Gesuche, die von dem Dampfkesselrevisionsverein ausgeführt werden, die Prüfungsgesuche durch die Hand des Gewerbeinspektors der Beschlussbehörde einzureichen, wobei der Gewerbeinspektor zu prüfen hat, ob alle Bestimmungen, die zu Gunsten der Arbeiter oder für die Sicherheit des Betriebes nothwendig sind, beachtet sind; erforderlichen Falls hat er diese Gesuche zu ergänzen. Da hierbei Meinungsverschiedenheiten nicht immer vermeidbar sind, haben die Beschlussbehörden in solchen Fällen das Gutachten des Regierungs-Gewerberaths einzuholen.

(Schluss folgt.)

Die Unzulässigkeit des schwefligsauren Natrons (Präservesalz) zur Fleischkonservirung.

Von
Professor **H. Kionka**-Jena.

In der letzten Nummer des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift ist unter dem Titel: „Ueber das schwefligsaure Natron als Konserve-Mittel des Hackfleisches“ ein Aufsatz von Liebreich veröffentlicht, welcher bereits in No. 1 dieses Jahrganges eine Erwiderung von Ostertag gefunden hat. Da indessen Liebreich in dem genannten Artikel auch meine früheren Untersuchungen einer Kritik unterzieht, so möchte ich auch meinerseits noch ein paar Worte zu den Auseinandersetzungen Liebreichs äussern.

Bevor ich jedoch zur Besprechung der Auslassungen Liebreichs schreite, will ich kurz einige von mir neuerdings angestellte Versuche erwähnen, über welche an anderer Stelle ausführlicher berichtet wird.

Zur Nachprüfung meiner in einer früheren Arbeit [1]) mitgetheilten Versuche begann ich (im pharmakologischen Institut zu Breslau) eine Untersuchungsreihe an 6 Hunden. Diese erhielten durch 64 bis 67 Tage eine vorwiegend aus Fleisch (Rindfleisch) bestehende Nahrung in abgewogenen Tagesrationen mit einem gleichfalls genau abgewogenen Zusatz von Natriumsulfit bezw. Präservesalz. Das Fleisch wurde in ganzen Stücken von einem Fleischer bezogen, der schriftlich die Erklärung abgab, dass das gelieferte Fleisch völlig frisch und ohne jeden Zusatz eines Konservirungsmittels sei. Das von Fett und Sehnen befreite Fleisch wurde im Institut in der Hackmaschine zerkleinert und mit dem betreffenden Salze versetzt. 3 Hunde erhielten als Zusatz ein von Merck-Darmstadt bezogenes „Natrium sulfurosum purissimum crystallisatum pro analysi“, also ein garantirt chemisch reines Präparat. Die 3 anderen Hunde bekamen ein vom Händler gekauftes Präservesalz. Beide Salze wurden liebenswürdiger Weise von dem Direktor des städtischen chemischen Untersuchungsamtes in Breslau, Herrn Professor Bernhard Fischer, analysirt. Das Merck'sche Salz enthielt 22,60 % SO_2, das Präservesalz 25,39 % SO_2. Beide Präparate waren also ungefähr gleich und annähernd reines Natrium sulfurosum (mit 25 % SO_2). In keinem der beiden Salze liessen sich Arsen oder Metalle nachweisen, welche durch Schwefelwasserstoff oder Schwefelammon gefällt werden. — Der Salzzusatz zum Fleisch betrug bei den Hunden der ersten Reihe. welche das von Merck bezogene Natriumsulfit erhielten, 0,2 %, bei den Hunden der zweiten Reihe, welche Präservesalz bekamen, 0,1 %. Letzteres ist diejenige Menge, welche durch den Aufdruck auf den im Handel befindlichen Präservesalz-Packeten zur Anwendung empfohlen und als der Gesundheit nicht nachtheilig bezeichnet wird. — Ausser dem mit Sulfit versetzten Hackfleisch bekamen die Hunde noch eine aus Kohlehydraten und Fetten bestehende Nahrung in beliebiger Menge. — Dreimal wöchentlich wurden die Thiere gewogen.

Die in bequemen Käfigen, bei schönem Wetter im Freien gehaltenen Hände waren, — wie ich auch bei meinen früher beobachteten 2 Hunden gesehen hatte, — während der ganzen Zeit frisch und munter, hatten stets guten Appetit, normalen Stuhl und nahmen sogar zum Theil unter der reichlichen Fütterung an Körpergewicht zu.

Nur zwei trächtige Hündinnen zeigten etwas Abnormes. Die eine, welche Natriumsulfit (Merck) erhielt, abortirte am 28. bezw. 30. Tage der Fütterung. Sie verwarf 2 Junge. — Die andere Hündin, der zweiten Reihe mit Präservesalzfütterung angehörig, warf 1 todtes und 3 lebende Junge. Von Letzteren starb eins nach 2, ein zweites nach 4 Tagen; das Letzte,

*) Eine Zusammenstellung der bestehenden gesetzlichen Vorschriften über die Reinhaltung der Gewässer enthält die Allgemeine Verfügung, betreffend Fürsorge für die Reinhaltung der Gewässer (Erlass des Ministers für Landwirthschaft vom 20. Februar 1901, dem auch Grundsätze für die Einleitung von Abwässern in Vorfluther beigefügt sind (s. Schmidtmann, Vierteljahrsschrift für ger. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen, III. Folge, 21. Bd. Supplement S. XXIX u. f.)

[1]) Kionka: Ueber die Giftwirkung der schwefligen Säure und ihrer Salze und deren Zulässigkeit in Nahrungsmitteln. — Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten 1896. Bd. 22, p. 351.

welches der Mutter genommen und einer anderen (normalen) säugenden Hündin gegeben wurde, starb nach 14 Tagen gleichfalls. Es handelte sich also auch hier um einen anormalen Partus kaum lebensfähiger Früchte, vielleicht um eine Frühgeburt.

So wenig klinisch an den 6 Hunden zu beobachten war, so reich war das pathologisch-anatomische Bild, welches diese Thiere nach beendeter Fütterung bei ihrer Tödtung durch Verbluten darboten. Was ich sah, war eine vollständige Bestätigung meiner früheren Befunde. Wie damals fanden sich bei allen Thieren übereinstimmend Gefässverlegungen und — wohl als deren Folgen aufzufassen — Blutungen und entzündliche bezw. degenerative Prozesse. Bei den verschiedenen Thieren waren die einzelnen Organe von den genannten Veränderungen verschieden stark betroffen, sodass bei dem einen mehr dieses, bei dem andern mehr jenes Organ als das am meisten geschädigte erschien. Die makroskopischen Befunde wurden durch eingehende mikroskopische Untersuchungen an frischen Gefrierschnitten wie an gefärbten Dauerpräparaten bestätigt und ergänzt.

Ueber die Art und Häufigkeit der gefundenen Veränderungen mag folgende Zusammenstellung ein Bild gewähren. Es sind dabei die Befunde an den Hunden beider Versuchsreihen zusammen behandelt, da sich weder qualitativ noch auch quantitativ irgend ein Unterschied zwischen ihnen zeigte, obwohl die Hunde der zweiten Reihe doch nur einen halb so grossen Sulfitzusatz im Fleische erhielten, als die der ersten Reihe.

Blutungen im Magen, meist im Pylorustheil, zeigten 3 Hunde.

Blutungen im Darm (vorwiegend im Dünndarm) und entzündliche Schleimhautschwellung zeigten 3 Hunde.

Blutungen in der Leber (meist interacinöse), einmal auch verbunden mit Gallenstauung: 4 Hunde.

Entzündliche Schwellung der Gallenblase — mit kleinzelligem Exsudat auf der peritonealen Fläche —: 1 Hund.

Entzündungen der Nieren: 6 Hunde, davon 2 mit Glomerulonephritis, 4 mit akuter hämorrhagischer Nephritis behaftet.

Blutungen bezw. Gefässverlegungen in den Lungen: 3 Hunde.

Subendocardiale Blutungen im Herzmuskel, zum Theil massenhaft auftretend: 3 Hunde.

Man sieht hieraus, wie schwer die Veränderungen waren, welche die in den Versuch eingestellten Hunde aufwiesen. Besonders hervorzuheben sind die Nierenveränderungen und die schweren Myocard-Erkrankungen.

So kann ich die auf Grund meiner früheren Versuche aufgestellten Behauptungen aufrecht erhalten, dass der fortgesetzte Genuss von Hackfleisch, welches mit Natriumsulfit in der von den Präservesalz-Fabriken empfohlenen Menge versetzt ist, bei Hunden schwere Schädigungen der Gesundheit verursacht.

Es ist nun die Frage zu erörtern: wie verhält sich der Mensch dem schwefligsauren Natron gegenüber? — Nach Allem, was man toxikologisch über die Eigenschaften dem schwefligsauren Natron gleichsinnig wirkender Gifte weiss, ist eigentlich ohne Weiteres anzunehmen, dass die schwefligsauren Salze beim Menschen qualitativ die gleichen Veränderungen erzeugen werden wie beim Hunde. Vielleicht darf man eine Stütze dieser Annahme in dem von mir beobachteten Verhalten der trächtigen Hündinnen sehen. Schon Bernatzik und Braun[2]) berichten, dass sich Wöchnerinnen besonders schlecht den schwefligsauren Salzen gegenüber, die ihnen zu therapeutischen Zwecken gereicht wurden, verhielten, und schon viel früher — in einem Gesetz[3]) welches Kaiser Maximilian im Jahre 1497 beim Reichstagsabschied in Freiburg im Breisgau über das Schwefeln des Weines erliess, — findet man die gleiche Beobachtung als eine durch häufige Erfahrung festgestellte Thatsache erwähnt.

Andererseits liegt nichts in der Literatur vor, was gegen die oben erwähnte Annahme spräche. Denn auch die sogenannten „Versuche", welche an Menschen mit negativem Resultate angestellt worden sind, können nicht dagegen angeführt werden. Es sind nämlich im Laufe des letzten Jahres von einzelnen Fleischermeistern — zum Theil angeblich unter ärztlicher Aufsicht, — Selbstversuche mit fortgesetztem Genusse präservesalzhaltigen Fleisches angestellt worden, und auch Lebbin und Kallmann[4]) haben einen solchen Versuch an ihrem Laboratoriumsdiener ausgeführt. Aber bei allen diesen Versuchen konnte wohl auch nichts herauskommen. Meine Versuchshunde zeigten intra vitam ja auch nicht die geringste Störung ihres Befindens (abgesehen von den beiden trächtigen Hündinnen), und doch waren sie, wie die Obduktion zeigte, zum Theil schwer erkrankt. Andererseits kennen wir, wie ja oben schon erwähnt, gewisse Gesundheitsschädigungen, die nach dem Genusse von schwefligsauren Salzen — in zwar grösseren, aber immerhin noch kleinen Mengen — beobachtet wurden. So berichtet Pfeiffer[5]), dass der Genuss von 0,5 g schwefligsauren Natriums bereits von allgemeinem Unbehagen und Verdauungsstörungen begleitet sei. — Wir werden daher zu der Annahme gedrängt, dass das schwefligsaure Natron auch für den Menschen, ebenso wie für Hunde, ein verhältnissmässig schweres Gift sei. Hiernach erscheinen aber die aufgeführten Menschenversuche nicht nur, wie oben auseinandergesetzt, zwecklos, sondern geradezu unstatthaft.

Ich will mich nunmehr gegen die Kritik wenden, welche Liebreich in der angeführten Arbeit[6]) an meinen früheren Versuchen geübt hat.

Zunächst behauptet er, bei meinen Versuchshunden sei „Ueberfütterung" eingetreten. Diese Annahme erscheint mir an sich höchst unberechtigt. Der eine Hund im Gewicht von 4,25 kg hat innerhalb 66 Tagen 41,1 kg Fleisch bekommen, der andere Hund von 12,75 kg Körpergewicht in 68 Tagen 56,3 kg Fleisch. Es hat also der erste täglich ca. $^2/_3$ kg, der zweite sehr kräftige Hund täglich etwa $^5/_6$ kg Fleisch gefressen. Diese Fleischrationen sind zwar reichlich bemessen, aber für einen Hund durchaus noch nicht so gross, dass durch sie Ueberfütterung eintreten könnte. — Vielleicht könnte aber Jemand annehmen, dass diese Fleischmenge aus dem Grunde gewisse Schädigungen bei den Hunden setzen konnte, weil das verfütterte Fleisch Pferdefleisch war. Pflüger[7]) hat bekanntlich in einer seitdem erschienenen Arbeit gezeigt, dass eine sehr

---

[2]) Bernatzik u. Braun: Ueber die Anwendung der schwefligsauren Salze und der schwefligen Säure bei den Erkrankungen der Wöchnerinnen. — Wiener medicin. Wochenschrift 1869. Jahrg. XIX.

[3]) Zitirt in meiner oben genannten Arbeit.

[4]) Lebbin u. Kallmann: Ueber die Zulässigkeit schwefligsaurer Salze in Nahrungsmitteln. — Zeitschr. f. öffentl. Chemie. 1901. Jahrg. VII. p. 324.

[5]) Pfeiffer: Zur Kenntniss der giftigen Wirkung der schwefligen Säure und ihrer Salze. — Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. XXVII.

[6]) Liebreich: Ueber das schwefligsaure Natron als Konserve-Mittel des Hackfleisches. — Diese Zeitung. Jahrg. 1901, No. 24.

[7]) Pflüger: Ueber die Gesundheitsschädigungen, welche durch den Genuss von Pferdefleisch verursacht werden. — Pflüger's Archiv. Bd. 80, S. 111. 1900.

reichliche Fütterung ausschliesslich mit Pferdefleisch bei Hunden Durchfälle und Stickstoffverlust erzeugt. Doch war ich auch bei meinen früheren Untersuchungen ebenso wie bei meinen letzten Versuchen darauf bedacht, dass die Hunde neben der Fleischkost noch kohlehydrathaltige Nahrung erhielten, und Pflüger hat gefunden, dass Zusatz von Kohlehydraten oder Fett zum Pferdefleisch dessen gesundheitsschädliche Eigenschaften aufhebt. Schliesslich handelt es sich bei den Erkrankungen der Hunde in Folge Pferdefleischgenusses niemals um Blutgiftwirkungen, wie ich bei meinen Präservesalzhunden beobachtet habe. Ganz dieselben Erscheinungen bekam ich ja auch in meinen neuerdings angestellten (oben mitgetheilten) Versuchsreihen zu sehen, in denen die Hunde das Sulfit nicht mit Pferdefleisch, sondern mit Rindfleisch erhielten, nach dessen Genuss, wie auch Pflüger in der erwähnten Arbeit besonders hervorhebt, derartige Krankheitserscheinungen nicht beobachtet werden. — Da in meinen neueren Versuchen die täglichen Fleischrationen geringer waren als in meinen früheren (375 bezw. 500 g; bei einem 10 kg schweren Hunde 625 g), so ist auch dadurch der Einwand Liebreich's, die Hunde seien überfüttert worden, zurückgewiesen.

Sodann muss ich mich gegen die Art wenden, in welcher Liebreich meine Versuche anführt. Er zitirt die Worte Lebbins, mit denen dieser meine Versuche in seiner Broschüre: „Die Konservirung und Färbung von Fleischwaaren" wiedergiebt.[8]) So schilderte er meinen Befund bei dem einen Versuch, wie folgt:

> „Der Hund befand sich dabei wohl und munter und zeigte, als er getödtet und sezirt wurde, nur sehr geringfügige Abweichungen vom Normalen."

Meine Angaben über diesen Versuch lauteten:

> „Der Hund ist während der ganzen Zeit stets munter gewesen, hat immer ordentlich gefressen und niemals irgendwelche Krankheitserscheinungen gezeigt. — — — Am 16. Mai wird er getödtet.
>
> Obduktion: Magen und Darm sind anscheinend normal, desgl. die Leber. In beiden Lungen sieht man zahlreiche ältere und frischere, grössere und kleinere Blutungen, sodass die Oberfläche wie marmorirt aussieht. In den Nieren erscheint die Markschicht theilweise entzündet, in der Rinde sind einzelne Blutungen. Mikroskopisch sieht man massenhaft Blutaustritte in Rinde und Mark, die Harnkanälchen auf grössere Strecken völlig verödet, fast überall, an manchen Stellen bis weit in die Marksubstanz sich erstreckend, anscheinend frische Infiltrationen von Rundzellen."

Ueber den zweiten Versuch berichtet Liebreich nach Lebbin:

> „Er wurde nach Ablauf der Versuchszeit ebenfalls getödtet und innerlich untersucht, ohne dass sich irgend etwas Nennenswerthes hätte konstatiren lassen, was auf die kolossalen verfütterten Salzmengen einen Rückschluss gestattet hätte."

Meine Angaben lauteten:

> „Das Thier wird gefärbt.[9]) — Bei der Obduktion sieht man in beiden Lungen im Ober- und Unterlappen zahlreiche ungefärbte Stellen,[10]) dazwischen auch einzelne kleine Blutungen. Die übrigen Organe zeigen in der Farbe nichts Anormales, auch Blutungen sind nicht zu erkennen."

Ich halte mich für verpflichtet, den Lesern dieser Zeitschrift neben der von Liebreich gewählten Wiedergabe meiner Resultate die von mir gefundenen Thatsachen auch in dem Wortlaut vorzuführen, welchen ich seiner Zeit bei meiner Veröffentlichung gebraucht habe. Denn wenn auch Lebbin als Nichtmediziner (er ist Nahrungsmittelchemiker) vielleicht nicht vollkommen die Schwere der von mir an den Hunden beobachteten Veränderungen zu beurtheilen vermag, so muss ich doch Verwahrung dagegen einlegen, wenn diese Art der Wiedergabe meiner Versuche wörtlich von einem Pharmakologen übernommen wird.

Seiner Besprechung meiner Versuche fügt Liebreich noch eine Berechnung hinzu, indem er aus den von mir verfütterten Fleischmengen mit Zugrundelegung des Körpergewichtes der Hunde ausrechnet, welcher Fleischmenge das entspräche, die im Verhältniss ein 60 kg schwerer Mensch pro Tag zu geniessen bekommen hätte. Eine solche Umrechnung ist nicht statthaft, denn wie Jedermann weiss, kann ein kleiner wenige kg schwerer Hund mit Leichtigkeit, ohne dass Ueberfütterung zu befürchten wäre, so viel Fleisch pro Tag zu sich nehmen wie unter normalen Verhältnissen ein erwachsener Mensch. Der Hund ist eben im Gegensatz zum Menschen von Hause aus ein ausgesprochener Carnivore.

Liebreich ist aber bei seiner Berechnung gar nicht von den von mir thatsächlich verfütterten Fleischmengen ausgegangen. Er rechnet vielmehr von den verfütterten Präservesalzmengen aus auf die entsprechende (wie er sich ausdrückt „normale") Fleischmenge. Dabei legt er einen Präservesalzzusatz von 1 : 1000 zu Grunde, während ich bei meinen Versuchen 2 g Präservesalz zu 1000 g Fleisch gemengt hatte. Es entsprach dieser Zusatz den damaligen Angaben des Aufdruckes auf den Präservesalzpacketen. Später wurden diese Angaben von Seiten der Fabrikanten verändert und der Zusatz von nur 1 : 1000 empfohlen. So kommt es, dass Liebreich bei seiner Umrechnung auf den Menschen von einer Fleischmenge ausgeht, welche gerade doppelt so gross ist wie die thatsächlich von mir verfütterten Fleischrationen.

Wenn im Weiteren Liebreich ausführt, dass die Blutgiftwirkung der schwefligen Säure oder ihrer Salze bis jetzt noch nicht erwiesen sei, so ist dies durch meine neuen Versuche in, wie ich glaube, einwandsfreier Weise geschehen.

Auch den Einwand Liebreichs, Versuche an Menschen welche längere Zeit Fleisch mit schwefligsaurem Natron genossen hätten, wären negativ ausgefallen, habe ich oben schon ausreichend zurückgewiesen.

Liebreich zitirt in dem angeführten Artikel auch einen Aufsatz Lebbins. Auf die Arbeiten dieses Untersuchers hat sich Liebreich im letzten Jahre in zahlreichen Sachverständigengutachten vor Gericht, über welche in der Fleischerpresse ausführlich berichtet wurde, berufen. Ich muss daher auch auf die Untersuchungen Lebbins mit einigen Worten eingehen. Im Laufe des letzten Jahres erschienen von Lebbin folgende Arbeiten, welche die Frage nach der Schädlichkeit der schwefligsauren Salze behandelten:

1. „Eine Beweisführung für die Unhaltbarkeit der Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes." — Deutsche Wurstfabrikanten-Zeitung. Beilage der Allgemeinen Fleischer-Zeitung. 28. Februar 1901.
2. „Die Konservirung und Färbung von Fleischwaaren." Mit einem Vorwort von Dr. med. Oscar Liebreich (Broschüre). Berlin 1901. (Expedit. der Allgem. Fleischer-Zeitung.)

---

[8]) Berlin. 1901. —, S. 13.

[9]) Intravitale Gewebsfärbung durch Einfliessen einer Farbstofflösung in die Vena jugularis nach dem Herzen zu und gleichzeitiger Ausblutung aus einer grösseren Schlagader.

[10]) d. h. Gewebspartieen, welche durch bestehende Gefässverlegungen von der Färbung ausgeschlossen geblieben waren.

3. Lebbin und Kallmann: „Ueber die Zulässigkeit der schwefligsauren Salze in Nahrungsmitteln.“ Zeitschr. f. öffentl. Chemie. 1901. Heft XVII.

In allen diesen Veröffentlichungen wird über zwei Versuche berichtet, welche ganz analog den meinigen an zwei Hunden angestellt waren. Diese Thiere erhielten durch 60 Tage (ohne sonstige Kohlehydratnahrung!) Rindfleisch zu fressen, welches mit Natriumsulfit versetzt war. Die Thiere blieben während der ganzen Zeit anscheinend gesund, nahmen auch an Körpergewicht zu, zeigten aber angeblich auch nichts Pathologisches an ihren Organen, als sie nach Beendigung der Fütterung getödtet wurden.

Da dieses Resultat vollkommen dem widerspricht, das ich an meinen Versuchshunden beobachtet habe, so musste ich die Versuche Lebbins einer aufmerksamen kritischen Durchsicht unterziehen. Ich bin dabei zu der Vermuthung gedrängt worden, die abweichenden Befunde Lebbins seien zum Theil wohl durch ungenaue Untersuchung und Beobachtung zu erklären.

Wenn man die eventuelle Giftigkeit einer Substanz feststellen will, welche wie das schwefligsaure Natron seit Jahren als Konservirungsmittel im Gebrauch ist, ohne dass in die Augen fallende Schädigungen nach seinem Genusse aufgetreten sind (denn sonst wäre es ja garnicht Nahrungsmitteln zugesetzt worden), so muss man diese Untersuchungen natürlich mit der allergrössten Sorgfalt und vor Allem mit Zuhilfenahme aller diagnostischen Mittel anstellen. Lebbin ist nicht Mediziner, sondern Chemiker; es mögen ihm daher die medizinischen Untersuchungsmethoden nicht so geläufig sein: und auch sein Mitarbeiter in dem zuletzt genannten Aufsatz dürfte als studirter Thierarzt in den feineren Methoden der physiologischen bezw. pharmakologisch-toxikologischen Forschung vielleicht nicht sehr geübt sein. — Wenigstens erscheint es höchst sonderbar, dass in den Versuchen der beiden Autoren anscheinend fast gar keine mikroskopischen Untersuchungen der Organe[11]) angestellt worden sind.

Vielleicht sind auch die negativen Resultate Lebbins dadurch zu erklären, dass ein stark verunreinigtes Präparat verwandt wurde. Lebbin macht mir zwar in seiner als erste genannten Arbeit den Vorwurf, zu meinen früheren Versuchen hätte ich ein Präservesalz verwandt, welches (wie ich laut der angestellten Analyse angab) nur 7,5 Prozent So_2 (nicht 25 Prozent, wie reines Natriumsulfit) enthielt; man könne daher nicht wissen, was sonst noch für Substanzen in dem seiner Zeit von mir benutzten Präservesalze enthalten gewesen seien. Trotzdem aber macht Lebbin bei seinen Untersuchungen überhaupt keine Angaben über die chemische Zusammensetzung des von ihm benutzten Natriumsulfits. Ich vermuthe daher, dass dieses von Lebbin verwandte Präparat nur sehr wenig schweflige Säure enthielt.

Diese Annahme würde auch möglicherweise eine Erklärung geben können für den Ausfall folgender Versuche Lebbins: Da ich in meiner früheren Arbeit gezeigt hatte, dass ein Kaninchen, welches 4 g Natr. sulfuros. in 10 prozent. Lösung in den Magen erhielt, nach 4 Stunden todt war, so stellte Lebbin eine Anzahl analoger Versuche an. Er gab je einem Kaninchen in den Magen 2 g (Versuch 3 der letzten Arbeit), ferner 10 g in 25 prozent. Lösung (Vers. 8) und schliesslich sogar 10 g in 40 prozent. Lösung (Vers. 9), ohne dass ihm seine Versuchsthiere danach eingingen. Ja er konnte dieselben Dosen sogar 8 bezw. 12 Tage lang hinter einander fortgeben, ohne dass er an den Thieren etwas Krankhaftes wahrnahm: und als er sie schliesslich durch Genickschlag tödtete, erwiesen sich ihre Organe als vollständig normal!

Veranlasst durch diese ganz bestimmten Angaben Lebbins prüfte ich meine frühere Beobachtung noch einmal nach. Indessen, so oft ich auch den Versuch wiederholte: stets waren (mittelgrosse) Kaninchen, welche 10 g des von Merck bezogenen chemisch reinen Natriumsulfits in 20 prozent., ja sogar in 10 prozent. Lösung in den Magen erhielten, nach spätestens einer Stunde verendet und ihre Organe zeigten bereits deutlich neben der örtlichen Reizung der im Magen frei werdenden Säure die resorptiven Blutgiftwirkungen (Nieren, Herz).

Durch die Annahme, dass Lebbin ein stark (z. B. mit Sulfat) verunreinigtes Präparat verfüttert habe, sind auch die negativen Resultate seiner Hundeversuche vielleicht erklärt. Uebrigens ist aus den Arbeiten Lebbins nicht zu ersehen, wieviel Natriumsulfit dem Fleisch zugesetzt war. Nach den Angaben seiner ersten beiden Veröffentlichungen verwandte er einen Zusatz von 0,1 Prozent; in der letzten Arbeit giebt er indessen an, er habe ein Hackfleisch verfüttert, „welches 0,2 Prozent neutrales Natriumsulfit als Zusatz erhalten hatte.“

Auch sonst liesse sich noch Mancherlei an den Hundeversuchen Lebbins aussetzen. So ist es unbedingt unzweckmässig zu derartigen Untersuchungen, wie es Lebbin gethan hat, zwei Hunde zu benützen, welche eben erst eine schwere katarrhalische Erkrankung überstanden hatten. Lebbin erklärt dann die geringen Veränderungen, die er in den Organen des einen seiner Hunde bei der Obduktion beobachtete, als Folgen der überstandenen Staupe; — (warum nicht als Giftwirkungen des Sulfits?)

Alles in Allem sind die Versuche Lebbins nicht derart, dass ich seine an zwei Hunden gewonnenen Resultate als beweisend gelten lassen kann gegen meine nunmehr an 8 Hunden übereinstimmend erhobenen Befunde. Und ich muss trotz dieser Versuche Lebbins und trotz der Auseinandersetzungen Liebreichs an meinem früher ausgesprochenen Wunsche festhalten, dass in dem Sinne der Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes vom Oktober 1898 und gemäss den Anschauungen, welche Landolt und Rubner in ihrem Referate an das preussische Kultusministerium vom 18. Mai 1899 ausgesprochen haben, recht bald von gesetzgeberischer Seite der Gebrauch der schwefligsauren Salze zur Fleischkonservirung verboten werden möchte.

Nicht nur wegen der Gesundheitsschädlichkeit des Präservesalzes, sondern auch wegen seiner sonstigen Eigenschaften ist ein solches Verbot herbeizuwünschen.

Auf den Verpackungen befindet sich ein Aufdruck, welcher besagt, dass das Präservesalz, dem Fleisch oder der Wurstmasse zugesetzt, dem Fleisch seine natürliche Farbe erhalte und die Wurst vor dem Grauwerden schütze. Ausserdem wird behauptet, dass es als wirksames Antiseptikum Gährungs- und Fäulnissbakterien zerstöre und dadurch verhindere, dass das Fleisch übelriechend wird.

Was die erste Angabe anbelangt, so muss man allerdings zugeben, dass die Graufärbung, welche bei rohem Fleisch, besonders Hackfleisch oder Wurstmasse, bei längerem Liegen, häufig schon nach einigen Stunden eintritt, bei derartig behandeltem Fleisch hintangehalten wird. Indessen ist mit dieser Erhaltung der Farbe durchaus nicht (wie wir unten sehen werden) auch eine Konservirung des Fleisches verbunden. Der

[11]) Ueber mikroskopische Untersuchungen findet sich nur in der Zusammenfassung der Resultate der beiden Hundeversuche die Angabe, dass die Thiere „weder bei maskroskopischer noch mikroskopischer Untersuchung die geringsten Spuren von Blutungen zeigten“. Aber weder in den Protokollen dieser noch der anderen in der Arbeit mitgetheilten (Kaninchen-) Versuche ist irgend etwas von einer mikroskopischen Untersuchung erwähnt.

Käufer will aber das roth aussehende Fleisch nicht um der rothen Farbe willen, sondern weil er meint, dass rothes Fleisch auch frisches Fleisch sei und dass frisches Fleisch einen höheren Genusswerth besitze als älteres schon vor längerer Zeit zubereitetes. „Erhält man daher“, so deduzirt Gärtner[12]) „durch Zusatz von Präservesalz dem Fleisch seine natürliche Farbe über die gewöhnliche Zeit hinaus, ohne zugleich seinen ursprünglichen Genusswerth zu konserviren, so giebt man dadurch dem Hackfleisch den Schein einer besseren Beschaffenheit und begeht damit eine Verfälschung.“ — Wenn demnach schon eine Verfälschung vorliegt, wenn ein an sich noch gutes Fleisch mit Präservesalz versetzt wird, so ist das erst recht der Fall, wenn altes, schon grau gewordenes Fleisch damit behandelt wird oder wenn gefärbtes, vom vorhergehenden Tage übriggebliebenes Hackfleisch wieder aufgefärbt und mit frisch bereitetem Fleische vermischt wird. Besonders diese letztere Manipulation erscheint recht bedenklich wegen der ausserordentlich grossen Menge von Bakterien, welche sich im käuflichen Hackfleische findet. Der enorme Keimgehalt des Hackfleisches gegenüber dem in grossen Stücken aufbewahrten Fleische ist zurückzuführen auf die mannigfachen Manipulationen bei der Herstellung und die unzweckmässige, häufig unsaubere Art der Aufbewahrung, welche dieses Fleisch im Metzgereibetriebe erleidet.

Die zweite Angabe, das Präservesalz wäre ein vorzügliches Antiseptikum, ist unbedingt falsch. Wie die Untersuchungen des letzten Jahres von Gärtner,[13]) Stroscher[14]) und Mayer[15]) gezeigt haben, findet in Hackfleisch, welches mit Natriumsulfit (bis zu 0,5 Prozent) versetzt ist, nur vorübergehend eine geringfügige Entwicklungshemmung, eine Abtödtung von Keimen aber überhaupt nicht statt. In einem mit Präservesalz versetzten Fleische schreitet also, trotzdem die rothe Farbe erhalten bleibt, Bakterienwachsthum und Zersetzung fort.

Also auch abgesehen von der Gesundheitsschädlichkeit ist der Zusatz von schwefligsauren Salzen zum Fleische unzweckmässig und höchst bedenklich.

Es ist noch die Frage zu berühren, ob nicht die schweflige Säure der Präservesalze, wie von Manchen vermuthet wurde, im Hackfleisch zu Schwefelsäure oxydirt und so die giftigen Sulfite durch allmähliche Umwandlung in Sulfate „entgiftet“ würden. Demgegenüber ist zu erwähnen, dass Polenske[16]) und Gärtner[17]) übereinstimmend gefunden haben, dass nach 3 Monaten noch etwa 80 Prozent der ursprünglichen schwefligen Säure erhalten sind.

Auch bei der Zubereitung des Fleisches (Kochen und Braten) geht nach Untersuchungen von Kämmerer[18]) und von Mayer[19]) höchstens ein Drittel der schwefligen Säure verloren.

[12]) Gärtner: Bedingt der Zusatz von Präservesalz zum Hackfleisch eine Verfälschung im Sinne des § 10 des Nahrungsmittelgesetzes? — Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel. Jahrg. 1901. Heft 6.

[13]) Gärtner: l. c.

[14]) Stroscher: Konservirung und Keimzahlen des Hackfleisches. — Archiv f. Hygiene. Bd. XL., S. 291.

[15]) Mayer: Ueber den Keimgehalt des künstlichen Hackfleisches und den Einfluss der gewöhnlichen Getränke auf den Genuss desselben. — Hygienische Rundschau 1901. S. 878.

[16]) Polenske: Arbeiten des Kaiserl. Gesundheitsamtes, 1900. XVII. S. 568.

[17]) l. c.

[18]) Kämmerer: Die Konservirungsmittel des frischen Fleisches. — Forschungsberichte über Lebensmittel u. s. w. 1895. II. S. 257.

[19]) l. c.

Schliesslich ist die Beobachtung Mayers zu erwähnen, dass die vielfach bei Tisch genossenen Getränke wie Lagerbier, Weissbier, Weisswein, Rothwein und Zitronenlimonade aus Natriumsulfit schweflige Säure zu entbinden im Stande sind. Dieser Vorgang muss also auch eintreten, wenn die genannten Getränke gleichzeitig mit Fleisch genossen werden, das mit Präservesalz versetzt ist.

Mit den Präservesalzen wird bereits ein recht grosser Missbrauch getrieben. Ostertag hat in seinem Aufsatz[20]) in No. 1 dieses Jahrganges der Sachverständigen-Zeitung darauf hingewiesen, in welch grossen Mengen sich häufig schweflige Säure in Hackfleischproben finde. Aber abgesehen von derartigen „Ueberdosirungen“ ist es überhaupt höchst bedauerlich, dass die Verwendung der Präservesalze heutzutage thatsächlich eine ganz allgemeine ist. Hackfleisch, welches nicht mit Präservesalz versetzt ist, bekommt man, wie die Analysen der chemischen Untersuchungsämter zeigen, überhaupt kaum noch zu kaufen. Da das Präparat in dem Aufdruck auf den Packeten als der Gesundheit nicht nachtheilig bezeichnet wird, so wird es in den Küchen von Hotels, Gastwirthschaften, ja sogar grossen Haushaltungen unbedenklich „zur Konservirung“ des Fleisches von einem Tag zum anderen verwandt. Verleitet auch durch die zahlreichen Artikel in der Fleischerpresse, namentlich im letzten Jahre, die das Präservesalz als gänzlich harmlos hinstellen, benützen die Fleischer dasselbe auch zum Einreiben grosser Fleischstücke, setzen es der Wurst zu (auch in Frankfurter Wurst hat es Mayer neuerdings wiederholt gefunden); ja sogar das Pferdefleisch wird jetzt damit versetzt.

Hoffen wir also, dass uns recht bald die Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz ein unbedingtes Verbot des Zusatzes von schwefligsauren Salzen zum Fleisch bringen mögen.

Jena, im Januar 1902.

Ueber Fortbildungskurse für Medizinalbeamte.

Von
Dr. **Adolf Kutschera**, Ritter von Aichbergen,
k. k. Bezirksarzt in Graz.

Der gleichlautende Artikel von Dr. Georg Puppe in No. 2 der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung vom laufenden Jahre veranlasst mich, auf die Instruktionskurse für Amtsärzte aufmerksam zu machen, welche in Oesterreich vom k. k. Ministerium des Inneren seit dem Jahre 1900 eingeführt worden sind und sich bisher in jeder Beziehung ausserordentlich bewährt haben.

Diese Kurse, welche alljährlich einmal stattfinden, sollen den Amtsärzten Gelegenheit bieten, sich mit den für die Handhabung des öffentlichen Sanitätsdienstes wichtigen Fortschritten der Wissenschaft vertraut zu machen, in den neueren Untersuchungsmethoden der pathologischen und bakteriologischen Diagnostik, sowie der Nahrungsmittelkontrole einzuüben, die Hilfsmittel der Serotherapie und die Impftechnik eingehend kennen zu lernen, endlich für die Beurtheilung der sanitätspolizeilichen Anforderungen bei verschiedenen gewerblichen Anlagen unter Anleitung bewährter Fachmänner praktische Erfahrungen zu sammeln.

Den Amtsärzten ist es freigestellt, im Dienstwege um die Zulassung zu diesen Kursen, deren Dauer vorläufig auf sechs Wochen bemessen war, anzusuchen. Zu jedem der beiden

[20]) Ostertag: Ueber die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservirungsmittel für Hackfleisch. — Diese Zeitung Jahrg. 1902, Heft 1.

Kurse, die seither in Wien abgehalten worden sind, wurden aus jedem Kronlande ein Amtsarzt, aus den grösseren Kronländern zwei Amtsärzte einberufen, welche für die Dauer des Kurses von Amtswegen beurlaubt und vertreten worden sind und ausser den ihrer Rangklasse entsprechenden normalmässigen Gebühren für die Hin- und Rückreise während der Dauer ihres Aufenthaltes in Wien ohne Rücksicht auf ihre Rangklasse je einen Subsistenzbeitrag von zehn Kronen täglich erhalten haben.

Den Städten mit eigenem Statute ist es anheimgestellt, um Zulassung von sanitären Amtsorganen zu diesen Kursen anzusuchen, denen nach Massgabe der Verhältnisse die Theilnahme auf eigene Kosten gestattet werden kann.

Die Gegenstände dieser Kurse waren bisher folgende:

1. Vorträge über ausgewählte Kapitel der Hygiene, Desinfektionslehre, praktische Uebungen im hygienischen Universitätsinstitute, Demonstrationen und Exkursionen zur Besichtigung hygienisch besonders wichtiger Anlagen und Etablissements.

2. Lebensmittelkontrole, Vorträge und Uebungen in der k. k. Lebensmitteluntersuchungsstation.

3. Epidemiologie, Heilserumtherapie, Vorträge, Demonstrationen und Uebungen im staatlichen serotherapeutischen Institute.

4. Impfwesen, Demonstration der Technik der Impfstoffgewinnung und Aufbewahrung, Uebungen in der Impftechnik in der staatlichen Impfstoffgewinnungsanstalt.

5. Bakteriologie, Uebungen in den Untersuchungsmethoden und in der Technik der Herstellung von Präparaten mit Rücksicht auf die Infektionskrankheiten (im Universitäts-Institute für pathologische Anatomie).

6. Vorträge über Sanitätsorganisation und Sanitätsgesetzkunde (im Sanitätsdepartement des Ministeriums des Inneren).

Der grösste Vorzug in der Behandlung des überaus reichen Stoffes bestand darin, dass das Schwergewicht auf praktische Uebungen verlegt und überall weitgehende Rücksicht auf die alltäglichen Bedürfnisse der amtsärztlichen Praxis genommen wurde.

Die Dauer der Kurse und die zweckmässige Eintheilung des Stoffes ermöglichte eine gewisse Gründlichkeit und so kam es, dass die Theilnehmer in hohem Grade befriedigt von dem Gelernten und geradezu begeistert von den zahlreichen neuen Eindrücken nach Hause zurückgekehrt sind.

Wenn ich mir am Schlusse erlaube, einen kurzen Vergleich mit den Forderungen zu ziehen, die in dem eingangs erwähnten Aufsatze für solche Kurse im Deutschen Reiche aufgestellt werden, so sei vor Allem der Hinweis gestattet, dass die Dauer von drei Wochen bei dem Umfange des Stoffes wohl zu kurz gegriffen wäre, da sich bei uns schon die Dauer von sechs Wochen eher zu kurz als zu lang herausgestellt hat.

Hierbei kommt aber noch zu berücksichtigen, dass in Oesterreich die gerichtsärztliche Thätigkeit mit der amtsärztlichen Stellung nicht so eng verbunden ist, wie im Deutschen Reiche, weshalb hier die gerichtliche Medizin als Kursgegenstand entfallen konnte.

Die übrigen Gegenstände dürften jedoch für die deutschen Kollegen ebensowenig entbehrlich sein und muss vollkommen beigestimmt werden, wenn auch die Forderung nach psychiatrischen Fortbildungskursen erhoben wird. Ich möchte dies nur noch weiter dahin ausdehnen, dass die gesammte Sachverständigenthätigkeit des Amtsarztes, so insbesondere auch jene auf dem Gebiete der sozialen Arbeiterversicherung in den amtsärztlichen Fortbildungskursen einer Berücksichtigung zu würdigen wäre.

Der „Fall Fischer".

Von

Dr. **Ernst Schlchhold**-Kottbus.

Das Reichsgericht hat auf die eingelegte Revision des Angeklagten das Urtheil gegen den am 4. Dezember v. J. vom Schwurgericht in Gotha wegen Todtschlages seiner Geliebten zu zehn Jahren Zuchthaus und Ehrverlust verurtheilten ehemaligen berliner Studenten Walter Fischer aufgehoben und die Sache an das Schwurgericht in Weimar zurückgewiesen.

Damit ist der Aufsehen erregende Prozess, der zu vielseitigen juristischen und psychologisch-psychiatrischen Erörterungen Anlass gab, von Neuem auf das Tapet gebracht und man darf auf den Ausgang der Verhandlungen gespannt sein.

In Hinsicht auf die tiefgehende Erregung, die der tragische Fall in allen Bevölkerungsschichten hervorgerufen, ist es wohl angemessen, an dieser Stelle einige Betrachtungen an die Thatsachen anzuknüpfen.

Ich entnehme das Thatsachenmaterial den Ausführungen des Herrn Sachverständigen Professor Binswanger-Jena in der Deutschen Rundschau No. 11, 1902.

„Die Mutter des Angeklagten leidet an schwerer Epilepsie, ein Bruder ist an Krämpfen gestorben, er selbst war schwächlich, litt an englischer Krankheit und Hirnhöhlenwassersucht mit Krämpfen, lernte mit 2½ Jahren erst laufen und sprechen. Von da ab ist er geistig normal entwickelt, körperlich schwach, Schulleistungen stets sehr mittelmässig. Als Knabe schon sehr abgeschlossen und mürrisch, weil er sich verspottet glaubte, galt er in den oberen Klassen für einen „sonderbaren Menschen", der häufig aufgeregt und jähzornig war. Mit ca. 16 Jahren begann er sich mit Schopenhauer und Nietzsche zu beschäftigen, die von da ab seine treuen Begleiter und Berather waren. Pessimistische Weltanschauungen — „Verachtung alles Endlichen ist höchster Lebenszweck" —, dann wieder „das schrankenlose Selbstbestimmungsrecht des Individuums, das über der Masse steht", und dergleichen halbverstandenen, aus dem Zusammenhang gerissene Vorstellungen überwucherten in seinem unreifen, für streng logische Denkweise ungeübten Geistesleben alle anderen, „vielleicht" guten geistigen Keime. Als Student ist er „losgelassen", masslos im Genuss, launisch, widerspruchsvoll und widerstandslos gegen leidenschaftliche Antriebe. Bei unmässigem Tabakgenuss erzeugten alkoholische Exzesse keine Betäubungs- und Lähmungsstadien, sondern eine sonderbare Erregung — nach einsam verbummelter Nacht las er bis in den späten Vormittag hinein in seinen Philosophen. Im vierten, dem berliner Semester, wie umgewandelt: Einfach bis zur Dürftigkeit, um seine Schulden zu bezahlen, fleissig und solid. In den Weihnachtsferien sehr erregt, spricht er mit Vorliebe von Skandalprozessen und vertritt seine philosophischen Auffassungen. Dasselbe Ostern, dabei der Gedanke der Selbstvernichtung: „Das Letzte eine Kugel". Bekanntschaft mit dem jungen Mädchen, von Anfang an masslose leidenschaftliche Liebe, die er immer mehr idealisirte (!?) Lebhafter Briefwechsel, Prosa, Posie und trotz der idealen Auffassung seiner Liebe zum Theil Karten mit anstössigen Bildern.

Vor Pfingsten erfährt er durch anonymen Brief, dass das Mädchen ein Verhältniss mit einem Anderen angeknüpft hat und sich küssen lässt. Furchtbare Aufregung, unfähig zu geordneter Thätigkeit, schlaflos, äusserlich auch zerstreut und verstört. Rückkehr nach Hause, Auseinandersetzungen mit dem Mädchen, Versöhnung, neue Zerwürfnisse u. s. f. Zu Hause unruhig, zerstreut, einsilbig, zurückgezogen. Am ersten Pfingsttag Eifersuchtsszenen mit Selbstmorddrohungen. Am dritten

Pfingsttag Vormittag trinkt er fast eine volle Flasche Kümmel, Mittags sehr erregt und unklar (begreiflich!): „das Höchste ist der menschliche Egoismus.“ Abends stundenlange Spaziergänge mit dem Mädchen, wobei er die Heirathsunmöglichkeit aus äusseren Gründen mit ihr erörtert. An diesem Abend der Gedanke, das Mädchen zu tödten: „da sie dann auch kein Anderer haben soll!“, woran er schon in Berlin gedacht haben mag. Nachts darauf schlaflos, rauchend in einer Bodenkammer, geht Morgens ohne Frühstück in eine Wirthschaft, dort setzt er den Abends vorher gekauften Revolver in Stand, lässt das Mädchen rufen, geht mit ihr in einen nahe gelegenen Wald, schickt sie etwas voraus, — wahrscheinlich, um den Revolver schussfertig zu machen — setzt sich mit ihr auf eine Böschung, umfasst sie mit der Linken, setzt ihr nochmals die Heirathsunmöglichkeit auseinander und schiesst sie durch die rechte Schläfe. Angeblich wollte er sich dann selbst erschiessen, wozu ihm aber der Muth und die Besonnenheit fehlte. Er wirft den Revolver weg, läuft planlos umher, kehrt zur Leiche zurück, küsst sie, schmückt sie mit Blumen, bleibt stundenlang bei ihr sitzen. Läuft dann wieder umher, wirft Rock, Uhr und Manschetten weg (Selbstmord durch Ertrinken?). Stellt sich Abends 9 Uhr der Polizei, wo er den Eindruck eines Geistesgestörten macht. Sofortige Leichenbesichtigung begleitet er, zeigt sich örtlich und zeitlich orientirt, fällt nur durch absolute Gleichgiltigkeit auf. Beobachtung in der Irrenanstalt. Erste Nacht schlaflos trotz Schlafmitteln — später Schlaf und Appetit gut. Schreibt seinen Lebenslauf mit genauer Darstellung seiner geistigen Entwickelung und seines Seelenzustandes in der Liebesepisode bis zur That. Zeigt andauernd normales Verhalten, verkehrt auf der Abtheilung durchaus geordnet, kennt den Grund seines Aufenthaltes, spielt Klavier und betheiligt sich an Kartenspielen. Hält sich selbst für zurechnungsfähig, ob bei Begehung der That, weiss er nicht; „er war Tage vorher sehr aufgeregt, hat viel getrunken und geraucht“. Für die Ausführung der That sei die Ueberzeugung der Untreue massgebend gewesen, keine Rache, er wollte das Mädchen nur vor dem Verdorbenwerden schützen, deshalb habe er sie getödtet. (!)

Selbstmord habe er im entscheidenden Moment nicht ausführen können. Auffällig ist sein Schädel nach Bildung und Umfang. (58 cm 170 Grösse).

Aus Alledem handelt es sich für den medizinischen Sachverständigen vorerst allein darum, festzustellen: „ob der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.“ Darüber äussert sich Professor B.: auf Grund seiner Beobachtungen sind „gegenwärtig keine Zeichen von Geisteskrankheit nachzuweisen“. —

Ueber den geistigen Zustand bei Begehung der That äussert sich Professor B. nach Erörterung der Vorgeschichte und Selbstbekenntnisse des Angeklagten dahin, „dass der Entschluss auf dem Boden einer krankhaft überreizten und einseitig gerichteten Gefühls- und Denkthätigkeit entstanden sei.“ Ob dieser Zustand im Sinne des § 51 R.-Str.-G.-B. eine krankhafte Störung seiner Geistesthätigkeit, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, könnte nicht mit Bestimmtheit behauptet werden.

„Der Entschluss zur That ist zweifellos durch krankhafte Gefühlsreaktionen entstanden, welche unfähig machten, vernünftige Vorstellungen hemmend auftreten zu lassen.“

Die That selbst ist nur scheinbar mit Ueberlegung ausgeführt, „Ueberlegung im kriminalpsychologischen Sinne war bei Begehung nicht vorhanden.“

Der Sachverständige kann nicht mit Bestimmtheit die Frage des § 51 beantworten, indem er aber den Entschluss der That durch krankhafte Gefühlsreaktionen bedingt darstellt und „Ueberlegung bei Begehung der That für nicht vorhanden erklärt, überlässt er es dem Richter (hier die Geschworenen) sich selbst ein Urtheil über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten zu bilden! — haec hactenus!

Wir haben es in dem Angeklagten mit einem „psychisch Entarteten“ einem dégéneré, décadent zu thun, für dessen „moralisches Irresein“ bei Begehung eines schweren Verbrechens die Geschworenen ein besseres Verständniss bekommen sollen, um ihm nach humanen Auffassungen die Schwere einer Verurtheilung nach § 211 Str.-G.-B. zu ersparen.

Ein physischer und psychischer Schwächling von Jugend auf, hat er im Bewusstsein seiner ständigen Inferiosität gegenüber der Mehrzahl seiner Mitschüler frühzeitig nach einem Aequivalent gesucht, um sich vor sich selbst und den Anderen zu entschädigen. Seine Abgeschlossenheit und sein Drang, sich zu überheben, treibt ihn vorzeitig auf Gebiete geistiger Beschäftigung, für die ihm ebenso das Verständniss wie ein redlicher erhabener Erkenntnissdrang und die geeignete Reife wie auch, nach Anlage, Schärfe des Urtheils fehlen. Mit der unverdauten Geistesnahrung kritisch grosser Geister, die auch den Massstab an das, was für gut und sittlich gilt, zu legen berufen sind, befriedigt er seine Eitelkeit, seine schwächliche psychische Grossmannssucht, indem er sich aus ihren Werken Gedanken herausgreift, die ihm bequem sind und mit deren Betonung er sein Selbstgefühl vor sich selbst und vor denen befriedigt, die ihn sonst vielleicht für inferior zu betrachten sich gewöhnt hatten. Mit den Misserfolgen seiner geistigen (relativen) Selbständigkeitsversuche, die — dem Zeitgemässen entsprechend — in eine zu frühe Lebenszeit fallen, laufen parallel: seine zügellose Charakterschwäche, seine Abhängigkeit von Leidenschaften, seine gereizte Genusssucht, deren elende Befriedigungsformen wir zu wenig kennen lernen. Ein unglücklicher Geisteskrüppel, ein bedauerliches Stiefkind der Natur. Er lernt in der dem Drange zur Gattungsfortpflanzung entsprechenden Zeit ein junges Mädchen kennen, dass er von vornherein leidenschaftlich liebt; in seinem eingeborenen Ueberspannungsbedürfniss überidealisirt er diese Neigung und es entspricht seinem „reizbar schwachen“ Empfinden durchaus, dass er bei aller Idealität in seiner Liebe, die er in Poesie und Prosa dem Mädchen darbietet, ab und zu dem Drange nicht widerstehen kann, den Sinneskitzel seiner Gedanken an ihr zu befriedigen, in dem er ihr Karten schickt, die in dem Mädchen Sinnlichkeit erwecken konnten, geschlechtliche Lüsternheit, die sie mit dem Gedanken an ihn verbinden müsse. Die Bizarrheit seines Wesens hat vielleicht das Mädchen, sobald sie aus seinem Banne befreit war, zurückgeschreckt, ohne dass sie sich über den inneren Grund ihrer schwindenden Neigung klar wurde, vielleicht lag es in ihrem inneren Wesen, nach etwas weniger „Ueberliebe“ zu suchen, was ihr mehr innere Ruhe und Gleichgewicht geben könnte.

Obgleich er nun auch selbst aus äusseren Gründen entschlossen war, auf sie zu verzichten, packt ihn diese neue Achtungsverletzung seines, ihm selbst wohl doch nicht immer imponirenden, inneren Werthes, in seinem niedrigsten Egoismus und verführt ihn zu rücksichtslosem Verletzen des Selbstbestimmungs-, ja des Lebensrechtes eines anderen Menschen. Er müsste, er kann auf sie verzichten mit jenem „hohen Gedanken der Entsagung eines Menschen, der sich für höhere Ziele berufen fühlte“, und deshalb, — er wird den Schmerz überwinden —, darf ihm das Mädchen nicht hindernd im

Wege stehen. Aber sie selbst, sie darf das nicht so hinnehmen und Trost und Ersatz in der Liebe zu einem anderen Manne suchen, sie muss darunter leiden, dass sie ihm nicht gehören darf, sie muss sich quälen und der Welt womöglich entsagen, weil sie ihn einmal besitzen durfte, und weil er sie mal besass, kann er unmöglich zugeben, dass sie je einem Anderen gehören soll und ohne ihn ihr Glück finden könnte. Aus seiner Furcht vor Untreue, vor „Untergang des Mädchens ohne ihn", spricht der krasse, rücksichtslose, tief beleidigte Egoismus eines Seelenkrüppels, der selbst in dieser Frage keiner edlen Regung fähig ist; den Mord mit Selbstaufopferung zu sühnen, dazu fehlt ihm der Muth, er hatte nur Muth genug, ein ahnungsloses, ihm furchtsam vertrauendes, schwaches Mädchen zu tödten, vorsätzlich und mit voller Ueberlegung, den Muth eines gemeinen Verbrechers! —

Diese hysterischen Albernheiten nach der That, seine Unentschlossenheit, die Selbstanzeige mit hereinbrechender Nacht, stimmen mit seinem Verhalten in der Anstalt während der Beobachtungszeit überein und aus diesem Gesammtbilde kann man nur zu vollständige Schlüsse über die Oberflächlichkeit seines höchst defekten Gefühlslebens machen; daran ist im Sinne des Gesetzes jedoch nichts „Krankhaftes" zu finden, es sind vielmehr untrügerische Zeichen seiner psychischen Entartung. —

Dank seiner krankhaften, oder, — um diese Bezeichnung strikte für Symptome zu reserviren, die im Sinne des Gesetzesparagraphen die freie Willensbestimmung ausschliessen, — dank seiner abnormen Veranlagung begeht ein, kräftiger Haus- und Selbsterziehung bares, Individuum in einem kritischen Moment, wo seine leidenschaftlichen Neigungen und hochgetragenen Ansprüche verletzt werden, in dem Gedanken: ich — gemäss seiner philosophischen Auffassungen — bin allein mein Richter! — mit Selbstüberhebung und Nichtachtung der Allgemeinheit ein schweres Verbrechen durch Vernichtung eines fremden Daseins und zeigt gleich darauf, in welchem Verhältniss seine Kraft zu seinen Ideen steht, indem er nicht den Muth zum Selbstmord findet. Dass ihm in den Jünglingsjahren seine geschlechtliche Leidenschaftlichkeit einen so schweren Streich spielt, entspricht seinem Alter, wozu kann ihn aber seine schwächliche „Herrenmoral" später führen, vielleicht, wenn er glücklich Beamter, im gewissem Sinne Machthaber geworden ist, vielleicht, wenn seine hochgehenden Pläne an irgend einem Widerstande gescheitert wären? Ist ein solches Individuum, das in Leidenschaft für den Gedanken lebt: was ich besessen, das ist „sakrosankt", auch wenn ich es verschmähe, und in dieser Idee ein junges blühendes Menschenleben hinmordet, weil es ihm nicht gehören kann und weil es deshalb nicht selbst vor Schmerz den letzten Schritt thut, etwa anders zu beurtheilen, als der fanatische Anarchist, der in seinem Hoheitsdünkel der bedingungslosen Gleichheit aller Menschen gekrönte Häupter hinterlistig hinmordet, weil sie diesem seinen Prinzip der Selbstachtung im Wege stehen? —

Dass er sie tödtet, um sie nicht verkommen zu lassen, dass er sich berufen fühlt, sie zu tödten und über sie zu richten, ist eine jener Anmassungen des psychischen „Ueberschwächlings" die mit den Handlungen eines erhabenen „Uebermenschen" ebenso wenig zu thun haben, wie der Geist des Prägers jenes letzten Begriffes mit dem unverstandenen und unreifen Nachgeäff der Unzahl jener Modernen ersteren Begriffes.

Diese „Herrenmoralen" des Unreifen, des Geisteskrüppels, des psychisch Entarteten sind eine grosse Gefahr für die Allgemeinheit; diese Herrenmoral entspringt nicht einer grossen Geistesstärke, sondern eine elende, seiner selbst sich halb bewusste Schwäche, brüstet sich mit ihr, um den Faustschlägen eines starken Geistes, der auf hohle Gefässe unserer „konstruirten Gesellschaftmoral" schlägt, ihre eigene geistige Fadenscheinigkeit verdecken zu können.

„Kein Mitleid", das ist auch ein vorstechender Gedanke ihres unverstandenen Schutzpatrons, kein Mitleid mit diesen „psychischen Halbkretins", den schwächlichen Sklaven ihrer elenden Leidenschaftlichkeit. die durch das Mass ihrer intakten Geistesanlagen nur zu gefährlich sind. Das Gesetz ist nicht allein, um Schuld zu sühnen, es soll auch erziehen! —

Man darf füglich über die Binswanger gegenüber geäusserten Laienauffassungen gewisser Kreise „Individuen, die sich mit den genannten Philosophen vorzugsweise beschäftigen und sie zu ihren Lehrmeistern machen, sind schon daran als Psychopathische zu erkennen", füglich hinweggehen. Zur sachverständigen Beurtheilung des Geisteszustandes des Angeklagten selbst nun ist das Urtheil des medizinischen Sachverständigen unbedingt erforderlich, und man kann dem nicht zustimmen, dass „die Geschworenen sich aus den Ausführungen des Sachverständigen selbst ein Urtheil bilden sollen!"

Wahnideen, Verwirrtheit, Blödsinn, unvermuthet triebartige Handlungen u. dergl., kurz Alles, was im wissenschaftlichen Sinne als Geisteskrankheit, oder dieser ähnlicher ausgeprägter psychischer Entwickelungshemmungen betrachtet wird, waren bei der klinischen Beobachtung nicht nachweisbar, und aus keinem Grunde für die Zeit der Begehung der That anzunehmen, wir haben selbst dafür keine Anhaltspunkte, ob wir es mit einer beginnenden Erkrankung zu thun haben, und wenn wir berücksichtigen, dass der Sachverständige selbst bei Individuen, die mit Sicherheit zeitweilig in ihrer Geistesthätigkeit gestört, sonst aber eben nur die Basis der kranken Veranlagung zeigen, wie bei den Epileptikern, sehr genau forschen und nachweisen muss, dass zur Zeit der That ein solcher Zustand vorherrschte, ohne dabei die Krankheitsanlage selbst zu bewerthen, so gilt dies nicht zum Letzten in einem solchen Falle wie dem vorliegenden. Dass etwa späterhin und gerade im Gefängnisse in solchen Fällen Geisteskrankheit ausbrechen kann, ist keineswegs unmöglich, entspräche für solche Individuen sogar einer nicht zu seltenen Erfahrung, damit wäre aber keineswegs, wie der Laie anzunehmen geneigt ist, der Beweis erbracht, dass der Angeklagte zur Zeit der That schon umnachtet war, was nur nicht evident nachzuweisen gewesen wäre. Trotzdem also wird sich die Verantwortlichkeit für die That nach der Auffassung des Gesetzgebers um nichts verringern.

Es handelt sich nun bei dem Angeklagten nicht allein um den Hereditarier, der er zweifelsohne ist; es handelt sich nicht nur um den angeborenen Zustand eines gewissen Grades geistiger Schwäche, sondern gewiss auch um ein Erziehungsprodukt, um das Resultirende aus seinen angeborenen Eigenschaften und seinen Lebensverhältnissen und gerade das entspricht völlig der gewöhnlichen Verbrechernatur, dem „uomo delinquente nato!"

Eine beschränkte Zurechnungsfähigkeit für den „Strafmündigen" kennt unser Strafgesetz nicht mehr, wie sie früher bestand, Th. 20 Tit. 2 A. L. R. § 18. „Alles, was das Vermögen eines Menschen mit Freiheit zu handeln mehrt oder mindert, mehrt oder mindert den Grad seiner Strafbarkeit."

Warum dieser Grundsatz vom Gesetzgeber fallen gelassen wurde, — es muss doch wohl absichtlich geschehen sein, — und ob darin ein Fortschritt liegt, das muss ich dahingestellt sein lassen, für uns ist das bestehende Gesetz massgebend mit seinen Anforderungen.

Das Gesetz will Jemand, der noch nicht 18 Jahre alt ist (unbekümmert um seine geistige Veranlagung, es giebt doch Manchen, der in dem Alter schon ruhiger denkt, als ein 20- und mehrjähriger z. B.), milder behandeln, und zieht

somit eine Altersgrenze für die Strafmündigkeit, kennt aber andererseits zum Unterschied vom bürgerlichen Gesetz nur, sagen wir eine „Strafentmündigung" für den geisteskranken und nicht auch für den geistesschwachen Volljährigen.

Es ist eine scharfe Grenze gezogen, wobei eben nur der Unterschied: „krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, welche die freie Willensbestimmung ausschliesst", und alles Uebrige, von dem Geistig-Vollgesunden bis zu dem „äusserst abnorm Entwickelten, mit annähernder Unfähigkeit, Hemmungen gegenüber leidenschaftlichen Erregungen auftreten zu lassen", als Massstab für unsere sachverständige Aeusserung gegeben ist.

Der Arzt hat danach als wissenschaftlicher Sachverständiger die Frage nach § 51 zu beantworten, der psychiatrisch und psychologisch vorgebildete Fachmann wird dazu berufen, die Fragen präzis zu beantworten und darf mit seinen Ausführungen dem Laien das definitive Urtheil über den Zustand nicht anheimgeben; mit diesem: „ich kann mich darüber nicht mit Bestimmtheit äussern", ist eine Form für die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit solcher psychisch Entarteten gefunden, die nicht zu billigen ist und sei es allein in Rücksicht auf das Ansehen des entsprechend vorgebildeten und allein kompetenten Arztes, als Sachverständigen in Fällen, wo die Geistesthätigkeit zu beurtheilen ist. Dass die Sache ihre grossen Schwierigkeiten hat, dessen ist man sich allgemein in den Kreisen wohl bewusst. Es fordert einen grossen Fonds gründlicher psychologisch-psychiatrischer Kenntnisse, aber auch eine gesunde Anschauung des Lebens — ohne Verbohrtheit — Lebenserfahrung und Menschenkenntniss nach Zeitgewohnheiten und modernen Schwächen. Der Arzt, und nicht wie Kant zum Beispiel wünschte: der Philosoph, oder Andere, Andere, hat zu entscheiden: ob durch den Geisteszustand die freie Willensbestimmung bei Begehung der That auszuschliessen war oder nicht; nebenbei ist es natürlich seine Pflicht und es muss ihm in allen Fällen unbenommen bleiben, sich über den Seelenzustand des Exploraten durch Darstellung der Entwickelungsgeschichte und den Motiven zur That auszusprechen, ohne damit dem Richter irgend eine Direktive für die Urtheilsfällung geben zu wollen. Es bleiben in dem Kaleidoskop bunte Steinchen, die kein zusammengesetztes Bild ergeben, wie es der Gesetzgeber fordert, und wenn wir dieser markanten Wahrnehmungen Erwähnung thun müssen, so können wir doch als Sachverständige pflichtgemäss nicht umhin, bestimmt zu sagen: das geforderte Bild ergiebt die Beobachtung nicht!

Nach unserm Dafürhalten, wie auch nach dem Urtheil des Sachverständigen ist trotz Allem eine ausgeprägte Geistesstörung nicht vorhanden. Das Individuum ist — wenn auch nicht dem normalen Durchschnitt entsprechend — für seine That nach der Forderung des Gesetzes voll verantwortlich und wissenschaftlich ist ohne Spitzfindigkeiten und Wortklauberei die Frage des § 51 mit „nein" zu beantworten. — Wenn man vor dem Gesetz nicht wie Lombroso den Verbrecher als solchen als krank anerkennen will, so führt das Vorgehen: solche Individuen — diese Dekadenten unserer modernen Zeit, wie sie sich selbst gern nennen — in gleiche Kategorie mit Geisteskranken zu stellen, sie bei Gesetzverletzungen für unzurechnungsfähig zu erklären, zu einer bedenklichen und gefährlichen „Klassenjustiz", wie Benedickt sagt, „indem vorzugsweise verbrecherische Individuen der bevorzugten Klassen einer solchen Analyse unterzogen und dem Arm der Gerechtigkeit entzogen werden". — —

Es kommt weiterhin in Betracht, welcher Paragraph des Strafgesetzbuches findet auf den vorliegenden Fall seine Anwendung? — 211 oder 212. — Hierbei kommt die Sachverständigenthätigkeit natürlich nur insofern in Frage, als man fordern kann, dass der Sachverständige sich darüber äussern soll, ob der beargwohnte Geisteszustand des Angeklagten Vorsatz und Ueberlegung zur That zulässt.

„Der Vorsatz zur That," sagt Binswanger, „ist von krankhaften Affekterregungen bestimmt" oder „die Entschliessung zur That ist zweifellos vorwaltend durch Gefühlsreaktionen entstanden, welche Hemmungen nicht aufkommen liessen", „die That selbst", nimmt der Sachverständige an, „ist nur scheinbar mit Ueberlegung ausgeführt, Ueberlegung im kriminalpsychologischen Sinne war bei Begehung der That nicht vorhanden!" — Er schliesst somit die Ueberlegung ganz aus, während er gleichzeitig den Vorsatz als auf „krankhaftem" (nicht im Sinne des Gesetzes!) Boden entstanden hinstellt.

Letzteres darf man vielleicht mit der Einschränkung einräumen, dass nach obigen Ausführungen für „krankhaft" die Bezeichnung „abnorm" zu setzen sei, denn auf Grund „ausgesprochener Geisteskrankheit" ist, wie doch zugegeben wird, auch der Vorsatz nicht gefasst worden.

Bezüglich der „krankhaften Affekterregungen", halte ich es für erforderlich, vorerst den Begriff des „Affektes" von dem nahverwandten Begriff der „Leidenschaft" fundamental zu trennen.

Affekte sind Gefühlserregungen, die von aussen kommen, unvorbereitet, plötzlich entstehen, im Entstehen am heftigsten wirken, die Vernunft betäuben, die Handlungsfolgen vergessen lassen, und nicht vermieden werden können.

Leidenschaften dagegen entstehen im Innern, werden durch Befriedigung allmählich stärker, überwältigen die Vernunft, so dass sie wider besseres Wissen unterliegt (die Handlungsfolgen bleiben dabei wohl sichtbar, nur verbirgt sich der Träger vor ihnen selbst), und können unterdrückt werden, wie es Pflicht des moralischen Individiums ist.

Die Leidenschaft ist immer unmoralisch und ein Erziehungsfehler auch im „krank veranlagten" Menschen.

Der Affekt kann namentlich bei einem „krank veranlagten" Individuum leicht eine gefährliche Höhe erreichen, wo thatsächlich die sachgemässe Ueberlegung schwindet.

Fragelos lässt eine gewisse Höhe beider Gefühlseigenschaften immer auf reizbar schwache, verkrüppelte Geistesanlagen schliessen.

Der Vorsatz zur That ist auf der Basis einer „geistigen Missbildung" entstanden.

Im Affekt, den das Strafgesetz z. B. in § 53 unter bestimmten Umständen sogar für jeden Menschen als straf befreiend gelten lässt, hat der Angeklagte nicht gehandelt! Vielleicht hat er im Affekt über die anonyme Benachrichtigung den Entschluss gefasst: sie und wohl dann auch sich selbst zu tödten; genährt hat diesen Gedanken seine Leidenschaft! Wenn selbst der Sturm, „der über das Gemüthsleben hinraste, ein vernichtender war", so hat der Affekt die Besinnung für die Dauer nicht betäubt, die Leidenschaft der Eifersuchtsszenen, wechselnd mit Versöhnungen, hat den Willen mit wohlerhaltenem Verständniss für die Handlungsfolgen überwältigt! —

Im Affekt drohte der Angeklagte nach den Zänkereien gelegentlich des Spazierganges am 1. Pfingsttage mit Selbstmord. In zügelloser Leidenschaft trank er am 3. Vormittags die Flasche Kümmel, rathlos, haltlos, schwankend mit feigen Gedanken vor einer verbrecherischen That seiner direktionslosen Inmoralität.

Mit Ueberlegung hat er sich an diesem Abend, nach den Auseinandersetzungen mit seiner Geliebten über die Verbindungsunmöglichkeit, den Revolver gekauft, in der bewussten Absicht, sie und sich zu erschiessen, selbstverständlich hat die Nachtruhe etc. unter den Gedanken an die Ausführung des Mordes und nicht wohl zuletzt auch des Selbstmordes, gelitten.

Mit Ueberlegung ist er zur einleitenden Ausführung seines Planes in die Wirthschaft gegangen, hat dort mit Ueberlegung seinen Revolver zurecht gemacht, mit Ueberlegung nach dem Mädchen geschickt, um es zu tödten; er ist mit ihr fortgegangen, hat mit Ueberlegung den Wald aufgesucht, mit Ueberlegung sich mit ihr hingesetzt, um sie festzufassen, hat nach den einleitenden Auseinandersetzungen über die Heirathsunmöglichkeit mit Ueberlegung den Revolver angesetzt und die Unglückliche getödtet. Hinterlistig, elend wie ein anderer Mörder hat er ein lebensberechtigtes und lebensfrohes junges Menschenleben, das ihm furchtsam vertrauend gefolgt ist, vernichtet.

Wie bei jedem anderen Verbrecher ist das Entstehen des Tödtungsentschlusses auch bei ihm auf der Basis eines abnorm veranlagten, „verkrüppelten Seelenlebens" entstanden, das darf man bedauernd zugeben. Das Motiv zur That war aber kein im Affekt entstandenes, sondern eine auf der Basis einer Leidenschaft wurzelnde, schwächliche Grossmannssucht eines halbreifen, beschränkten Burschen, der sich in seiner ganzen feigen Schwächlichkeit mit der Unfähigkeit zur Ausführung des sühnenden Selbstmordes gezeigt hat. — Die That ist vorsätzlich und mit voller Ueberlegung ausgeführt! — Der Gesetzgeber hat absichtlich einen Unterschied bezüglich des Strafmasses nur in Ansehung des Seelenzustandes bei Ausführung der That gemacht, er lässt unberücksichtigt, wie der Vorsatz entstand, wenn dieser eben nicht auf der Basis einer Störung der Geistesthätigkeit, die die freie Willensbestimmung ausschliesst, entstanden ist. Es ist menschliche und wissenschaftliche Pflicht des Sachverständigen, neben der strikten Beantwortung der ihm vorgelegten Fragen direkt zu betonen, dass man solche Degenerirten im Allgemeinen milder beurtheilen muss, es ist aber bestimmt unzweckmässig: durch dem Unterschied der Gesetzesparagraphen bezüglich der Höhe des Strafmasses entsprechende, verklausulirte Krankheitsmuthmassungen das Urtheil des Richters und namentlich des Laienrichters — des Geschworenen — leiten zu wollen. Wir wollen für die Berücksichtigung unserer Urtheile als psychiatrische Sachverständige rücksichtslos eintreten, dazu sind wir berechtigt, wir haben, — ich erinnere den Sachverständigen nur an die Paranoia — oft dem Richter und dem Laien im Allgemeinen gegenüber einen schweren Stand, wir müssen jedoch immer bedacht sein, auf das Gesetz und seine Massgaben Rücksicht zu nehmen, und das Gesetz nicht ummodeln wollen nach Auffassungen, die selbst unter urtheilsvollkommenen Fachmännern noch sehr in Widerspruch stehen. Das hätte schlechte Erfolge, vielleicht die schlechtesten für uns selbst, wenn wir nicht an die Sache allein denken wollen.

Benedikt meint: „praktisch unterscheiden sich geisteskranke Verbrecher von ‚angeborenen und erworbenen Verbrechernaturen' dadurch, dass für die Ersteren die Irrenanstalt und für Letztere das Gefängniss die richtige Korrektions- und Heilanstalt sind."

Ins Irrenhaus gehört der Angeklagte, nach Aussage des Sachversändigen selbst, noch nicht! — —

Referate.

Sammelbericht.

Fortschritte der gerichtsärztlichen Blutuntersuchungsmethoden.

Von F. Leppmann.

Seit in dieser Zeitschrift zum letzten Male der Stand unseres Könnens in der gerichtsärztlichen Blutuntersuchung zusammenfassend besprochen worden ist (vergl. Jahrgang 1900, S. 300), ist eine Entdeckung gemacht worden, welche zweifellos einen Markstein in der Geschichte dieses Wissensgebietes bedeutet. Uhlenhuth war der Erste, welcher eine sichere Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut und zwischen den verschiedenen Arten von Thierblut nachwies. Ihm folgten sehr bald auf Grund selbstständiger Versuche Wassermann und Schütze in Berlin, Richard Stern in Breslau.

Das Verfahren dieser Forscher gründet sich, wie wir bereits in Einzelreferaten in No. 5 und 6 des vorigen Jahrgangs berichtet haben, auf die Thatsache, dass das Blutserum von Thieren, welche in ihren Kreislauf Blut einer bestimmten Thierart aufgenommen haben, durch Zusatz von Blut derselben Thierart getrübt wird, während es bei Zusatz irgend eines anderen Blutes unverändert bleibt.

In Versuchsreihen, die von Mertens,[1]) Dieudonné,[2]) Ogier,[3]) Uhlenhuth,[4]) Ziemke[5]) und Honl[6]) angestellt worden sind, hat sich die Richtigkeit und die praktische Verwerthbarkeit jener Thatsache immer aufs Neue bestätigt. Ein besonderer Vortheil der Methode liegt darin, dass sie nicht so leicht durch Zersetzungen des Blutes vereitelt wird. Jahrealte Blutspuren haben regelmässig eine deutliche Reaktion gegeben, ob sie an Holz oder Stein oder Gartenerde angetrocknet waren. Bewerkenswerth ist besonders die Unabhängigkeit der Serumprobe von der Beschaffenheit des Blutfarbstoffes: Uhlenhuth erhielt ein positives Ergebniss bei einem Waschwasser von schmutzigbrauner Farbe, das ausser Blut Seife, Karbol und Sublimat enthielt. Corin[7]) hat in Fällen, in denen das angewandte Lösungsmittel nicht im Stande war, den Blutfarbstoff zu lösen, dennoch die Reaktion auf Serum gelingen sehen.

Dass die Technik einer so neuen Untersuchungsweise noch einen weiteren Ausbau verlangt, ehe ihre allgemeine Verwerthbarkeit anerkannt werden kann, ist selbstverständlich. Aber auch in dieser Beziehung ist bereits viel erreicht. So bestand eine Schwierigkeit, grössere Mengen von Serum verschiedener Thiere vorräthig zu halten, darin, dass man als Serum liefernde Thiere anfangs nur Kaninchen verwandte; ein Versuch mit einem Lamm schlug fehl. Neuerdings hat Corin gelehrt, dass man auch von Hunden ein hochwerthiges Serum erhält.

Bei der Aufbewahrung des Serums verfährt Uhlenhuth derart, dass er das Herzblut des Thieres steril auffängt, in sterilen Gläsern absetzen lässt, dann das Serum durch Berkefeld-Filter filtrirt und endlich mit Chloroform konservirt. Diesen Chloroformzusatz hat Corin nicht zweckmässig gefunden. Er räth, die wirksame Substanz des Serums, das Paraglobulin, durch Zusatz von schwefelsaurer Magnesia niederzuschlagen, zu trocknen und als ein weisses, wasserlösliches Pulver zu verwahren. Die Lösung dieses Pulvers opalisirt zwar etwas, wird aber erst durch Zusatz des betreffenden Blutes deutlich getrübt.

Die Blutprobe gelingt um so rascher, je stärker die zugesetzte Blutlösung ist — man ziehe daher Blutflecke mit einer möglichst geringen Menge von Wasser oder Sodalösung aus —, und je mehr sich die Temperatur der Flüssigkeit einem bei 45—50° Celsius gelegenen Optimum nähert. Ausserdem aber fällt nicht bei jedem Versuchsthier das Serum gleich hochwerthig aus. Mit Recht fordert daher Uhlenhuth, dass zu gerichtsärztlichen Zwecken die erforderlichen Sera in Instituten unter staatlicher Kontrole dargestellt werden sollen.

Als Kuriosum sei bemerkt, dass gegenwärtig gerade in Frankreich ein Mordprozess gespielt hat, in welchem die ärztlichen Gutachter Blutflecken nach dem Ergebniss der

Serumprüfung als Menschenblut erklärt haben und dafür von einem anderen Sachverständigen scharf angegriffen worden sind.[8])

Auf einem anderen Wege hat Ziemke[9]) versucht, dieselbe gerichtsärztliche Aufgabe zu lösen. Auf Vorarbeiten von Körber, Krüger und Magnanimi fussend, ist er dazu gelangt, die verschiedenen Blutarten je nach dem Widerstande, den ihr Farbstoff (Haemoglobin) der Umwandlung durch Laugen in alkalisches Haematin entgegensetzt, von einander zu unterscheiden. Er setzte gleichstark gefärbten Blutlösungen verschiedener Thiere eine bestimmte Menge Natronlauge von bestimmter Stärke ($^1/_{10}$ Normallauge) zu und beobachtete nun am Spektroskop, wie lange es dauerte, bis das Spektrum des Haemoglobins in das des alkalischen Haematins verwandelt war, d. h. bis die beiden bekannten Streifen zwischen D und E im Spektrum völlig verschwunden waren. Handelte es sich um alte Blutflecken, die bereits Methaemoglobin enthielten, so wurde das Letztere erst in Haemoglobin zurückverwandelt.

Es ergab sich, gleichgiltig ob das Blut von gesunden, kranken oder todten Menschen herrührte, jedesmal, dass Menschenblut sehr viel rascher zersetzt wurde als Thierblut. Auch unter den Thieren wurden charakteristische Unterschiede gefunden. Auch diese Methode scheint praktisch verwerthbar zu sein.

Sehr interessant, wenn auch in weniger weitgehendem Masse verwerthbar, ist die von Moser[10]) im Anschluss an Dwornitschenko beobachtete Verschiedenheit der Haemoglobinkrystalle, die man aus Menschen- und Thierblut durch Eintrocknen unter bestimmten Vorsichtsmassregeln erhält, solange das Blut noch einigermassen frisch ist.

Die Methoden des Nachweises, ob in verdächtigen Fällen überhaupt Blut vorliegt, sind zu einem gewissen Abschluss gelangt, doch werden immer noch technische Verbesserungen eingeführt, und Unvollkommenheiten der alten Proben werden durch genauere Untersuchungen erklärt und umgrenzt. So hat Wachholz[11]) die am meisten eingebürgerte Methode, die Darstellung der Teichmannschen Haeminkrystalle, einer neuen Prüfung unterworfen. Er empfiehlt, statt Essigsäure allein zuzusetzen, eine Alkohol-Säuremischung (ein Theil konzentrirte Schwefelsäure auf 10 000 Theile Alkohol oder 1 Theil Essig- bezw. Milchsäure auf 1 Theil Alkohol) anzuwenden, die sehr schöne Krystalle liefert und auch den Vortheil hat, bei geringerer Temperatur zu kochen, sodass eine Ueberhitzung leichter vermieden wird. Ferner weist W. nach, dass fauliges Blut, wenn es Haemochromogen enthält, kein Haemin liefert; dagegen konnte er solches aus frischgefaultem Blute trotz Anwesenheit von Rost, Thonerde, Anilinfarben etc. herstellen. Erhitzung über 200° lässt die Teichmannsche Probe negativ ausfallen.

Auch die von Kratter eingeführte Haematoporphyrinprobe, deren Wichtigkeit gerade für den praktischen Gerichtsarzt nicht genug betont werden kann, hat einen weiteren Ausbau erfahren. Wenn man nämlich nach Kratter die Probe so anstellt, dass saures Haematoporphyrin gewonnen wird, so misslingt die Untersuchung, sobald dem verdächtigen Material grössere Mengen von organischer Substanz anhaften. Das von Ipsen empfohlene mehrfache Abgiessen der durch Verkohlungsstoffe dunkel gefärbten Schwefelsäure führt auch nicht immer zum Ziel. In solchen Fällen stellt Ziemke[12]) statt des sauren alkalisches Haematoporphyrin her. Er verfährt folgendermassen: das blutverdächtige Material wird mit konzentrirter Schwefelsäure übergossen und 24 Stunden stehen gelassen. Dann wird durch Glaswolle filtrirt. Man erhält eine dicke, schwarze Flüssigkeit, die mit Wasser stark verdünnt und mit Ammoniaklösung neutralisirt wird. Jetzt bildet sich ein brauner Niederschlag, den man wäscht, filtrirt, trocknet und endlich mit gleichen Theilen absoluten Alkohols und starker Ammoniaklösung verreibt. Die nun erhaltene dunkelrothe Flüssigkeit giebt im Spektrum die charakteristischen vier Streifen des alkalischen Haematoporphyrins.

Hatten die letzterwähnten Arbeiten uns in ein Gewirr von Einzelheiten hineingeführt, deren genauere Besprechung nur durch die Wichtigkeit einer vervollkommneten Technik für jede Blutuntersuchung gerechtfertigt wird, so erübrigt uns noch die Besprechung einer Frage von einschneidender und grundlegender Bedeutung. In mehreren gerichtlichen Fällen der jüngsten Vergangenheit ist die Behauptung aufgetaucht, die Blutmenge, welche in der Umgebung der Leiche eines Ermordeten gefunden worden war, sei im Verhältniss zum Körper des Betreffenden zu gering, es müsse ein Theil des Blutes fortgeschafft worden sein. Im Anschluss daran hat der düstere Wahn des Ritualmordes neue Nahrung gefunden. Es haben sogar ärztliche Sachverständige auf Grund unbestimmter Schätzungen ihr Gutachten im Sinne der obigen Auffassung abgegeben. Strassmann und Ziemke[13]) gebührt das Verdienst, durch eine Untersuchungsreihe, die sie unter dem Titel „Quantitative Blutuntersuchung" veröffentlicht haben, sichere Grundlagen für eine wirklich brauchbare Begutachtung ähnlicher Fälle geschaffen zu haben.

So lange das Blut nicht älter als etwa eine Woche ist, genügt es, aus allen befleckten Gegenständen, die man vorfindet, mit einer bestimmten Menge den Farbstoff auszuziehen und die erhaltene gefärbte Flüssigkeit mit einer einem bestimmten Blutgehalt entsprechenden Farblösung zu vergleichen. Man kann dann auf einfache Weise die gesammte Blutmenge berechnen. Nicht ganz befriedigend fielen die Versuche aus, älteres Blut mit kaltgesättigter Boraxlösung aufzunehmen. Man erhält etwa 70 Prozent der thatsächlichen Blutmenge in Lösung. Für altes Blut empfiehlt sich mehr die Bestimmung der Trockensubstanz. Man trocknet gleiche Raumtheile blutbefleckter und blutfreier Substanz und ermittelt durch Vergleich der Gewichte den Blutgehalt des befleckten Stückes. Diese Methode kann man dann noch durch die Farbenvergleichung vervollständigen.

Literatur.

1. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1901, No. 11.
2. Münchner Medizinische Wochenschrift 1901, No. 14.
3. Société de Médecine légale.
4. Wiener Klinische Rundschau 1901, No. 27.
5. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1901, No. 26.
6. Ebenda, No. 30.
7. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin 1902, Band 23, No. 6.
8. Gazette médicale de Paris 1902, No. 3.
9. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin 1901, Band 22, No. 7.
10. Ebenda, No. 4.
11. Ebenda, Band 21, No. 10.
12. Ebenda, Band 22, No. 12.
13. Ebenda, Band 21, No. 9.

Allgemeines.

Ueber lebensfrische Konservirung der im menschlichen Harn, Auswurf, Mageninhalt etc. enthaltenen morphotischen Elemente.

Von Dr. R. Rohnstein.
(Fortschr. der Med. 1902.)

Die Veröffentlichung betrifft ein für gerichtlich-medizinische Zwecke beachtenswerthes Konservirungsverfahren für das in der Ueberschrift genannte Material. Diese Methode bietet den Vortheil, dass die in den menschlichen Ex- und Transsudaten vorkommenden Elemente in genau der Form erhalten

werden, wie sie sich uns im nativen Zustande darstellen. So ist z. B. an den in einem vor 3 Jahren konservirten Mageninhalt befindlichen Sarcinen noch jetzt ihre feinere Struktur erkennbar, an den Muskelfasern ist noch immer mit grosser Prägnanz die Quer- und Längsstreifung erkennbar, und die Leukozyten und die Epithelzellen verschiedenster Art sehen durchaus lebensfrisch aus. Ebenso gut werden die Bestandtheile des Harnsedimentes konservirt. Man kann z. B. noch nach 3 Jahren ohne Weiteres die verschiedenen Arten der Harn-Zylinder (Hyaline, granulirte, Epithel- und Wachszylinder) von einander unterscheiden und ihre Feinheiten erkennen.

Das Verfahren selbst beruht darauf, dass man die geformten Elemente durch Sedimentiren bezw. Zentrifugiren sammelt und die über dem Sediment stehende, meist eiweisshaltige Flüssigkeit durch eine Formol-Glyzerin-Lösung ersetzt. Da dies aber ohne Weiteres nicht angängig ist, weil bei sofortigem Zusatz dieser Lösung eine starke Schrumpfung der Formelemente eintritt, so muss die Konservirung in einer ganz bestimmten Weise vorgenommen werden.

Da das Verfahren recht einfach, zuverlässig und billig ist, so mag auch an dieser Stelle die genaue Beschreibung desselben für die speziellen Zwecke erscheinen.

1. Urin.

Er ist verschieden zu behandeln, je nachdem er viel zelliges Material enthält oder nur sehr wenig.

Die Urine mit reichlichem Gehalt an organisirten Elementen lässt man zunächst in einem Spitzglase 12—24 Stunden sedimentiren. Zur Vermeidung stärkerer Verunreinigung durch Bakterien stellt man das zugedeckte Glas entweder in den Eisschrank oder man setzt dem Urin einige Thymolkrystalle zu. Hat sich das Sediment abgesetzt, dann giesse oder hebe man mittelst eines knieförmig gebogenen Glasrohres die überstehende Flüssigkeit vorsichtig ab. Die Entfernung desselben ist wegen ihres Gehaltes an gelöstem Eiweiss unumgänglich nöthig; es würde sich sonst durch den folgenden Zusatz der Fixirungs- bezw. Konservirungsflüssigkeit Eiweiss in Flocken abscheiden, und diese können hernach im mikroskopischen Präparate einerseits zu Täuschungen Anlass geben, andererseits aber auch so zahlreich sein, dass sie die Bestandtheile des nativen Sedimentes völlig verdecken. Da nun aber selbst bei noch so vorsichtigem Hantiren doch noch eine nicht zu vernachlässigende Menge Urin mit gelöstem Eiweiss im Spitzglase zurückbleibt, so entfernt man das noch in Lösung befindliche Albumen bis auf einen ganz geringen Bruchtheil dadurch, dass man es durch Aufgiessen von ebenso viel klarem Wasser verdünnt, als vorher Urin da war, das Ganze gut umschüttelt, nochmals unter Zusatz eines Thymolkrystalles sedimentiren lässt, und dann zum zweiten Male die über dem Sediment stehende Flüssigkeit vorsichtig entfernt. Nunmehr setzt man soviel einer zweiprozentigen Formollösung zu, dass diese etwa das Doppelte bis Dreifache der Sedimentmenge beträgt, schüttelt wieder um und lässt wieder sedimentiren. Ist dies geschehen, dann giesst man etwa die Hälfte der Flüssigkeit ab, schüttelt das im Glase Verbleibende gut um und ersetzt unter stetem Umschütteln das abgegossene Quantum durch eine gleiche Menge folgender Lösung:

Formol . .	20,0
Glyzerin . .	125,0
Aq. destill. ad	200,0.

Hiermit ist die Konservirung beendet und man kann das Material unbegrenzt lange Zeit aufbewahren.

Für Harne, welche nur sehr wenig Sediment liefern, muss man das Verfahren ein wenig modifiziren. Entweder benützt man 4 bis 6 Spitzgläser und lässt in jedem einzelnen das spärliche Sediment sich zu Boden senken, um nach geschehener Entfernung der überstehenden Flüssigkeit den Bodensatz der einzelnen Gläser in eins zusammenzugiessen und dann im Uebrigen wie bei einem Urin mit viel Sediment in der eben angegebenen Weise zu verfahren, oder man hilft sich auf folgende Weise:

Man lässt durch ein angefeuchtetes und zur Entfernung locker aufliegender Papierfasern gut ausgespültes Filter nach und nach eine grössere Menge Harn hindurchgehen. Es sammelt sich dann allmählich eine zur Konservirung genügende Quantität von organisirten Bestandtheilen auf dem Filter an; ist dies der Fall, so füllt man zweimal nacheinander das Filter anstatt mit Urin mit klarem Wasser an, um auf diese Weise das noch im Filter befindliche gelöste Eiweiss zur Genüge zu entfernen. Ist das zum zweiten Male aufgefüllte Wasser völlig hindurchgegangen, dann nimmt man das Filter vorsichtig aus dem Trichter heraus und entfaltet es in einer zur Hälfte mit zweiprozentiger Formollösung angefüllten, ca $2^1/_2$ cm hohen Glasschaale. Durch vorsichtiges Umherschwenken dieser Schaale löst sich das Sediment vom Filter und vertheilt sich gleichmässig in der Formollösung. Dieses so verdünnte Sediment giesst man nun durch einen Trichter in ein Reagensgläschen und lässt es bis zum nächsten Tage ruhig stehen. Dann haben sich die geformten Elemente zu Boden gesenkt. Die überstehende Flüssigkeit giesst man sodann soweit ab, dass ihre Höhe der des Sedimentes gleichkommt, schüttelt gut um und fügt unter weiterem Schütteln ebenso viel Formolglyzerinlösung hinzu, wie nach dem letzten Abgiessen der einfachen Formollösung noch Flüssigkeit im Glase verblieb. Das Ganze kann dann für die Dauer aufgehoben werden.

2. Mageninhalt.

Da die im Mageninhalt, sei es im spontan erbrochenen, sei es im ausgeheberten, vorkommenden suspendirten, geformten Partikel zum Theil ein leichteres spezifisches Gewicht als der Magensaft selbst haben, so kann man hier die Sedimentirung nicht anwenden. Deswegen bringt man eine grössere Menge Mageninhalt in ein grosses Faltenfilter und lässt solange filtriren, bis der im Filter befindliche Rest dickbreiig ist. Vom festen Material entnimmt man ein beliebiges Quantum, versetzt es mit der gleichen Menge der Formolglyzerinlösung, schüttelt gut um, und die Konservirung ist beendigt. Enthält der Mageninhalt schon von vornherein soviel geformte Massen, dass er dickbreiig ist, dann unterlässt man das Filtriren und vermengt ihn einfach mit dem gleichen Quantum der Konservirungsflüssigkeit.

3. Sputum.

Ist der Auswurf sehr dünnflüssig, so filtrirt man ihn so lange, bis er ziemlich breiig geworden ist; sodann behandelt man ihn wie Mageninhalt. Dickflüssiges Sputum vermengt man zu gleichen Theilen mit der Formolglyzerinlösung, ohne erst zu filtriren.

4. Faeces.

Dünnflüssiger Stuhlgang wird wie dickflüssiger Mageninhalt behandelt. Bei sehr festen Faeces nehme man die dreifache Menge der Konservirungsflüssigkeit und schüttele kräftig, bis keine gröberen Bröckel mehr sichtbar sind.

5. Exsudate.

Diese werden wie Urin behandelt. Sehr zähe Empyemflüssigkeit muss erst zwei- bis dreifach mit Wasser verdünnt werden.

Das Verfahren ist durchaus nicht so umständlich, wie es nach der Beschreibung vielleicht erscheint. Das einmal konservirte Material kann man beliebig lange aufbewahren, am

besten in Reagens-Gläschen. Will man dann eine mikroskopische Untersuchung anstellen, so schüttele man erst gut um und entnehme dann ein Tröpfchen. Umrandet man ein derartiges Präparat mit Krönig'schem Deckglaskitt, so hält es sich unbegrenzt. Wenigstens haben die in des Verfassers Besitz befindlichen Präparate nach 4 Jahren noch keine Einbusse an ihrem lebensfrischen Aussehen erlitten. R. Rohnstein.

Chirurgie.

Stichverletzung der Blase (durch das foramen ischiadicum maius).

Von Dr. A. Weischer, leitend. Arzt des kath. Krankenhauses i. Hamm.

(Centralbl. f. Chir. 1901. No. 49.)

Die Verletzung erfolgte durch Hieb mit einer Sense, wobei die Spitze derselben $5^1/_2$ cm hinter d. l. grossen Rollhügel eindrang. Bei der von dem Verletzten und seinem Gegner mit Mühe bewerkstelligten Entfernung der sehr festsitzenden Sense strömte mit Blut massenhaft Urin aus der Wunde. Erst am fünften Tage wurde Pat. dem Krankenhause zugeführt. Die Untersuchung der eiternden, 7 cm langen Wunde, ergab, dass die Sense dicht hinter dem Hüftknochen am Zusammenstoss des os ilei und os ischii ins Becken eingedrungen war, diesen etwas einkerbend; weder Störungen, welche auf Verletzung des nervus ischiadicus hinwiesen, noch solche, welche eine Läsion des Peritoneums andeuteten, traten ein, trotzdem Verf. die Unverletztheit des Peritoneums für fast unmöglich hält. Von der Wunde aus wurde ein daumendickes Drain in die Blase geführt, welches, nachdem einige Tage auch daran vorbei Urin aus der Wunde geflossen war, bald allen Urin abführte, am 11. Tage durch ein dünneres ersetzt werden und am 20. Tage ganz entbehrt werden konnte. Die Blase wurde wegen Cystitis auf Janetsche Art gespült, um nicht mit dem Katheterschnabel die zusammengefallenen Blasenwände zu verletzen. Heilung und dauernde Genesung nach 33 Tagen. Seelhorst.

Anm. d. Red. Im vorigen Jahrgang dieser Zeitschrift hat Knotz ein Seitenstück zu dem vorliegenden Falle veröffentlicht. (S. 232).

Ein Fall von geheilter, traumatischer interperitonealer Blasenruptur.

Von Dr. A. Jenkel.

Aus der chirurg. Univ.-Klinik zu Göttingen (Dir. Geheimrath Braun).

(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Band 61, Heft 5 und 6.)

Ein 16jähriger Junge wurde von einem Wagen in der Weise überfahren, dass ihm die Räder über den rechten Oberschenkel und die rechte Beckenhälfte gingen. Bald nach der Verletzung wurde spontan klarer Urin gelassen. Bei seiner Aufnahme in die Klinik (10 Stunden nach der Verletzung) bestand unterhalb der rechten Leistenfalte eine spindelförmige Auftreibung und blauschwarze Verfärbung der Weichtheile. Bei seitlichem Zusammendrücken des Beckens trat deutliches Krepitiren in der rechten Hälfte auf. Es bestand ein Querbruch des horizontalen rechten Schambeinastes. Klarer Harn wurde nochmals gelassen.

Am folgenden Morgen hatte sich das Bild geändert. Der Knabe zeigte gedunsenes Aussehen und eigenthümlich blaugefleckte Haut, 140 Pulsschläge und beschleunigte Athmung. Der Unterleib war aufgetrieben und in den unteren Theilen druckempfindlich. Da Harnentleerungen nicht erfolgten, wurde mit Katheter eine kleine Menge Urin, welche Blutkoagula enthielt, der Blase entnommen.

Wegen dringenden Verdachtes einer interperitonealen Zerreissung der Blase wurde nachmittags (35 Stunden nach erlittenem Trauma) die Laparotomie ausgeführt. In der Bauchhöhle fand sich eine reichliche Menge urinös riechender Flüssigkeit. Bei Beckenhochlagerung konnte an der hinteren rechten Hälfte des Blasenscheitels ein $1^1/_2$ cm langer quer verlaufender Riss entdeckt worden, welcher vernäht wurde. Die Bauchhöhle wurde bis auf eine Stelle, in welcher ein zur Blasenwunde führender Jodoformgazestreifen liegen blieb, geschlossen. Die Blasennaht hielt zwar nicht ganz, doch schloss sich die Wunde allmählich. Irgendwelche nachtheiligen Folgen hat die Verletzung nicht hinterlassen.

Der Fall zeigt, wie schwierig die Diagnose einer interperitonealen Blasenruptur werden kann, wenn peritonitische Reizungen noch nicht vorliegen. Niehues-Berlin.

Ein Fall von reiner Metatarsalgie.

Von Dr. Aug. Blenke-Magdeburg.

(Deutsche med. Wochenschr. 1901. 37.)

Bei einer jungen Dame, welche über Schmerzen im rechten Fuss in der Gegend der vierten Zehe klagte und dieselben auf eine kleine Verstauchung beim Abspringen vom Rade zurückführte, fand Verfasser keinerlei anatomische Veränderungen am Fusse. Insbesondere fehlten Plattfusserscheinungen vollständig. Druck mit dem Finger auf die genannte Stelle löste sofort heftigen Schmerz aus. Die Kranke gab an, dass die Schmerzen anfallsweise, manchmal sogar nachts im Bett, oft aber auch beim Gehen auftraten, und dass sie dann beim Ausziehen des Schuhes verschwanden.

Schon hiernach war die Annahme einer reinen Metatarsalgie gerechtfertigt.

Dieses besonders eingehend von Morton geschilderte Krankheitsbild wird verschieden gedeutet. Einig sind aber alle Autoren darüber, dass es sich um eine Neuralgie des äusseren Fusssohlennerven durch Einpressung von Aesten desselben zwischen die Mittelfussknochen handelt.

Verhältnissmässig häufig trägt unzweckmässiges Schuhwerk die Schuld an der Erkrankung.

So fand denn Blenke auch bei seiner Patientin ungemein zierliche Schühchen, in denen die Zehen nur aneinander und gradezu übereinander gepresst Platz hatten. Nach Verordnung passend gearbeiteter Schuhe verlor sich das Uebel vollständig.

Neurologie und Psychiatrie.

Ueber Kleinhirngeschwülste.

Von L. E. Bregman.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 20. Band. 3.—4. Heft.)

Verfasser berichtet kurz über die Diagnose der Kleinhirntumoren und bespricht neben der cerebellaren Ataxie, der zeitlichen Entwicklung der Nachbarsymptome und dem Hinterkopfschmerz besonders einseitige motorische Störungen (Lähmungen, Ataxie, auch Intentionszittern der gleichseitigen Körperhälfte, die seitliche Blicklähmung, den seitlichen Nystagmus, die Nackensteifigkeit und die Rückwärtsbeugung des Kopfes).

Es folgen drei einschlägige Krankengeschichten, die zwei ersten mit Sektionsbefund. Im ersten Falle führten Zuckungen der rechten Gesichtshälfte, seitliche Blicklähmung nach rechts, die Erschwerung der Zungenbewegung nach rechts sowie das spätere Auftreten der Ataxie zu der durch die Sektion bestätigten Annahme, dass der Tumor von der rechten Kleinhirnhemisphäre ausging und erst später den mittleren Theil des Kleinhirns ergriff.

Im zweiten Falle lag eine linksseitige Hemiplegie mit Betheiligung des linken Facialis vor; der Kopfschmerz war in die linke Hinterhauptgegend lokalisirt, und der Kranke lag auf der

linken Seite; post mortem wurden zwei tuberkulöse Herde in der rechten Grosshirnhemisphäre und eine die ganze linke Hemisphäre sowie einen grossen Theil des Wurms einnehmende Kleinhirngeschwulst gefunden. Die lokalen Druckerscheinungen waren bei dem 61-jährigen Patienten relativ wenig bedeutend, woran möglicher Weise der Umstand schuld ist, dass das Gehirn eines Kindes in stärkerem Masse reagirt, als dasjenige eines Greises.

Beim dritten Fall ist hervorzuheben eine Vergrösserung des Schädels, darnach Bersten der Sagittalnaht mit gleichzeitigem Aufhören der stürmischen Anfälle von Kopfschmerz und Erbrechen, sowie die Kombination von torpor cerebri mit Echo- und Koprolalie. Ernst Schultze.

Fünf Fälle von Kleinhirntumor.

Von G. von Voss.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 21. Band. 1. u. 2. Heft.)

Fünf einschlägige Krankheitsgeschichten nebst einer übersichtlichen tabellarischen Zusammenstellung der gefundenen Symptome.

Hervorzuheben ist in einem Falle das Auftreten von hartnäckigem Schmerz im Epigastrium; bei der Sektion fand sich nichts Besonderes im Abdomen. V. denkt an zentral bedingte Schmerzen und stützt seine Ansicht mit dem Hinweis darauf, dass die Schmerzen im Epigastrium mit Kopfschmerzen verbunden und von Uebelkeit und Erbrechen begleitet waren.

Eine zweite Kranke taumelte, wenn man sie auf die Füsse stellte, ohne sie zu stützen, einige Schritte rückwärts. Sie zeigte noch eine weitere Bewegungsstörung, nämlich eine Neigung zu rhythmischen, von der Kranken nicht zu unterdrückenden Bewegungen, indem sie in der Rückenlage abwechselnd Beugung und Streckung der Beine vornahm. Diese Kranke zeigte auch eine plötzlich auftretende, cirkumskripte, deutliche Schmerzhaftigkeit bei Druck und Perkussion am r. tuber. front. Dies sowie die psychische Schwäche, die Schwatzhaftigkeit und Witzelsucht liess an eine Stirnhirnläsion denken, indess sprach die Betheiligung einzelner Hirnnerven (trigeminus, facialis) dagegen sowie bulbäre Erscheinungen.

Im dritten Fall trat während des Hospitalaufenthalts eine bedeutende Besserung ein; V. denkt deshalb und wegen des skrophulösen Habitus der Kranken an einen Tuberkel mit regressiver Metamorphose.

In einem weiteren Fall fiel die abnorme Schlaffheit der gesammten Körpermuskulatur trotz deren guter Entwickelung auf. Dabei waren die Patellarreflexe aufgehoben, was V. in nahen Zusammenhang mit der Hypotonie bringt. Es ist schon erklärlich, dass eine so starke Verminderung des Muskeltonus die Auslösung der Reflexe unmöglich macht. Diese Schlaffheit ist zurückzuführen auf eine Affektion der den Tonus regulirenden Zentren im Kleinhirn, die nach Luciani im Wurm zu suchen sind. Bei dem letzterwähnten Kranken fand sich auch die diagnostisch bedeutungsvolle Nackensteifigkeit, die in drei der fünf Fälle vorhanden war.

Vier Kranke starben; zweimal trat der Tod plötzlich ein. Die durchschnittliche Krankheitsdauer bis zum Exitus betrug zehn Monate.

V. steht der operativen Entfernung auch bei den Kleinhirngeschwülsten nicht so skeptisch gegenüber; in einem seiner Fälle wäre ein glücklicher Ausgang zu erwarten gewesen. Freilich lässt die Lokalisationsdiagnose innerhalb des Kleinhirns noch zu wünschen übrig: immerhin wird die Operation mehr nützen als schaden, da die Kopfschmerzen nach ihr oft schwinden.

Ernst Schultze.

Zur Kenntniss der Zirbeldrüsengeschwülste.

Von Max Neumann.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX. 1901. Heft 5.)

Die Symptome der Zirbeldrüsengeschwülste gleichen im Grossen und Ganzen denen der Vierhügeltumoren. Auf Grund der in der Litteratur bisher mitgetheilten 20 Fälle und zweier neuer Beobachtungen ist es berechtigt, an Epiphysistumor zu denken, wenn bei jugendlichen Individuen neben sehr stark ausgeprägten allgemeinen Tumorerscheinungen als einzige Herdsymptome vage beiderseitige Augenmuskelstörungen sich entwickeln; das männliche Geschlecht ist entschieden bevorzugt (19 männliche, 3 weibliche Kranken).

Ernst Schultze-Andernach.

Gynäkologie.

Ueber den Nachweis von Hakenzangenspuren an den Muttermundslippen.

Von Chrobak.

(Centralbl. f. Gyn., No. 4, 1901.)

Vielleicht wichtig für den Gerichtsarzt ist die Kenntniss, dass solche Spuren schon nach wenigen Tagen nicht mehr sichtbar zu sein brauchen, aber durchschnittlich am nicht puerperalen Uterus erst nach 12 Tagen, am puerperalen schon nach 4 Tagen verschwinden. Schwarze.

Ein Fall von ausgedehnter Ruptur des linken Scheidengewölbes durch Coitus.

Von Ostermayer.

(Centralbl. f. Gyn., No. 46, 1901.)

Verfasser schliesst sich nach seinem Falle der ebenfalls von mir referirten Ansicht Bohnstedts an, dass bei isolirten in den höheren Partieen der Scheide vorkommenden Verletzungen sub coitu die Nothzucht ausgeschlossen ist und dass zu diesen Rissen unbedingt ein gesteigerter sexueller Reizzustand der Frau (wohl auch des Mannes) unbedingt und wahrscheinlich ausschliesslich nothwendig ist. Schwarze.

Ruptur des schwangeren Uterus.

Von Herzfeld.

(Centralbl. f. Gyn., No. 44, 1901.)

Dieselbe erfolgte im 10. Schwangerschaftsmonat, nachdem Pat. einen heftigen Ruck durch einen schweren Teppich bekommen hatte, in Folge dessen sie halb ohnmächtig wurde. Die Diagnose war schwer und schwankte mehrere Tage, weil keine Blutung nach aussen auftrat, durch die Scheide Fruchtwasser abging und kräftige Wehen auftraten und der Kopf im Uterus gefühlt wurde. Totalexstirpation per laparotomiam, Tod nach 24 Stunden. Der Riss ging von einer Tubenecke bis zur Cervix. Grobanatomische Veränderungen der Muskulatur früheren Ursprungs fanden sich nicht, H. präsumirt aber doch eine frühere theilweise Perforation bei einer der vorangegangenen sechs Entbindungen. Die histologische Untersuchung steht noch aus. Schwarze.

Zur Kasuistik der puerperalen Uterusinversionen.

Von Schuhmacher.

(Centralbl. f. Gyn., No. 28, 1901.)

Bei 22jähriger Erstgebärender mit normaler 12stündiger spontaner Entbindung von einem reifen Kinde trat 20 Minuten nach Geburt desselben, nur durch Bauchpressenwirkung, die Inversion ein. Die Reposition gelang nach 4 Stunden mittelst der Hand. Schwarze.

Ohren.

Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Paukenhöhle.

Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Tübingen.
Von Dr. Hölscher, Kgl. Württ. Oberarzt, command. zur Universität.
(Münch. med. Wochenschr. 1900. No. 42.)

Ein Kirschkern und ein Stein von Kirschkerngrösse mussten bei fünfjährigen Kindern durch Operation mit Loslösung der Ohrmuschel, Spaltung des Gehörganges und Abmeisselung der hinteren knöchernen Umrandung des Paukenhöhleneinganges vom Verfasser entfernt werden, da gewaltsame Extraktionsversuche (von ärztlicher Hand) dieselben aus dem äusseren Gehörgange, wohinein die Kinder sie geführt hatten, mit Durchbohrung des Trommelfelles und Zerreissung der hinteren Gehörgangswand in die Paukenhöhle praktizirt hatten. Ein weiterer Beweis dafür, dass Versuche, Körper aus dem Gehörgang zu entfernen, von nicht sehr geübter Hand nur durch Spritzen, nie mit Instrumenten gemacht werden dürfen: in dem einen Falle war dem Arzte der Haken, welchen er benutzte, abgebrochen und sass mit dem Fremdkörper unerreichbar in der Tiefe.

Seelhorst.

Ueber Labyrintheiterungen.

Von Dr. V. Hinsberg-Breslau.
(Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 40. Bd., 2. u. 3. Heft.)

Eine erschöpfende Arbeit über den gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von dem Fortschreiten der Mittelohreiterungen nach dem Labyrinth. Verf. zeigt, dass die Otochirurgie an der medialen Paukenwand nicht Halt macht, sondern auch das Labyrinth, wenn erforderlich, mit in ihren Bereich zieht. Die Einzelheiten des sehr fleissigen Aufsatzes sind lediglich von spezialistischem Interesse. Richard Müller.

Neurosen und Warzenfortsatzoperationen.

Von Stabsarzt Dr. Richard Müller.
(Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 54.)

Es ist vielfach beobachtet worden, dass mit der Beseitigung eines Ohrenleidens auch andere, gleichzeitig vorhandene Krankheiten „reflektorisch“ zur Heilung gekommen sind. Demselben Gebiet gehören die 10 Krankengeschichten an, die Verf. zunächst im Einzelnen vorführt. Neu an diesen Fällen ist gegenüber den früher veröffentlichten ähnlicher Art, dass die Heilung des Ohrenleidens hier auf operativem Wege, durch Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, herbeigeführt worden ist, und Verf. legt dann dar, dass die neben dem Ohrenleiden in seinen Fällen vorhandene Neurose — 2 Mal Epilepsie, 1 Mal Chorea, 6 Mal Hystero-Epilepsie bezw. Hysterie, 1 Mal multiple Sklerose — nicht eigentlich durch die Heilung der Ohrenaffektion, sondern vielmehr gerade durch den operativen Eingriff günstig beeinflusst worden ist. Dies führt ihn zu einer kurzen Betrachtung über die chirurgische Behandlung der Neurosen überhaupt, und zum Schlusse kommt er zu dem Satze, dass eine Neurose bei gleichzeitiger Mittelohreiterung keine Kontraindikation gegen die operative Behandlung des Ohrenleidens ist, sondern im Gegentheil unter Umständen einmal sogar den Ausschlag zu Gunsten des operativen Vorgehens geben kann. Der ärztliche Sachverständige wird gut thun, sich bei der Beurtheilung nervenleidender Unfallverletzter hieran zu erinnern und diese Leute, falls sie gleichzeitig ohrenkrank sind, vor einer endgiltigen Entscheidung erst dem Ohrenarzt zuzuführen. Autoreferat.

Akute Mastoiditis, Thrombosis des Sinus transversus, Durchbruch nach dem Pharynx.

Von Dr. Kaspar Pischel-San Francisco.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., 40. Bd., 2. u. 3. Heft.)

Lehrreich und interessant auch für unseren Leserkreis ist an dem vorliegenden Falle die Thatsache, dass eine im Anschluss an rechtsseitige Mittelohreiterung auftretende Thrombose des Sinus transversus durch Stauung in den kollateralen Bezirken zu einer Anschwellung des Zäpfchens und behinderter Oeffnung des Mundes führte. Zu einem Durchbruch des Eiters nach dem Pharynx, wie nach der Ueberschrift zu vermuthen wäre, kam es aber nicht. Durch rechtzeitige Mastoidoperation und Spaltung des Sinus trat Heilung ein.

Richard Müller.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Doktorschwindel.

Der Zahntechniker W. G. bezeichnete sich in öffentlichen Bekanntmachungen als Dr. chir. dent. und nannte sich auf seinem Schilde Dr. chir. dent. American dentist. Nachdem sich die Strafgerichte mit G. beschäftigt hatten, erhielt er vor einiger Zeit eine polizeiliche Verfügung, das Schild mit der erwähnten Aufschrift beseitigen zu wollen. Diese Verfügung griff G. durch Beschwerde beim Regierungspräsidenten an und behauptete, ein Recht auf die Führung des Titels Doktor zu haben; er habe sein Doktordiplom von der Academia dentalis Wisconsiensis erhalten und sei von dem Dekan Dr. Albert unterzeichnet. Der Regierungspräsident wies jedoch die Beschwerde ab. G. beschwerte sich darauf beim Oberpräsidenten, erhielt jedoch ebenfalls einen ablehnenden Bescheid, da der Oberpräsident das fragliche Diplom nicht als einwandsfrei betrachtete. Schliesslich verklagte G. den Oberpräsidenten beim Oberverwaltungsgericht. Aus der amtlichen Auskunft, welche von dem deutschen Konsul in Chicago über die Academia dentalis Wisconsiensis eingefordert worden war, ging hervor, dass es sich nicht um ein Lehrinstitut, sondern um ein betrügerisches Unternehmen handelte, welches mit Diplomen Handel trieb. Unter diesen Umständen wurde die Klage vom Oberverwaltungsgericht abgewiesen und G.'s Diplom für nichtig erklärt. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. XI. verbesserte und stark vermehrte Auflage. Stuttgart. Enke. 1901.

Der buchhändlerische Erfolg des Werkes beweist, wie der Verfasser selbst betont, dass es nicht blos in ärztlichen und juristischen, sondern auch in Laienkreisen verbreitet ist. Dass dies ein Vortheil für manchen Unglücklichen ist, der Erklärung und Trost für räthselhafte Erscheinungen seines geheimsten Fühlens findet, soll unbestritten sein; vielleicht ist es aber auch ein Nachtheil für manchen Schwächling, welcher für Verirrungen der anerworbenen Entnervtheit die Entschuldigung des Krankseins sich aus den Ausführungen herausliest.

Dies vorausgeschickt haben die zahlreichen Neuauflagen, namentlich für die ärztliche Praxis, den Vortheil einer fortschreitenden Vervollkommnung des Inhalts des Buches, welches sicherlich das beste und benutzungsfähigste Handbuch auf dem einschlägigen Gebiete darstellt.

Diesmal sind besonders die Beispiele durch Hinzufügung kurzer, knapper Neubeobachtungen vermehrt. Auch der Theil, welcher von der eventuellen Aufhebung des § 175 R. St. G. handelt, ist wohl ausführlicher.

Bemerkenswerth ist, wie selten der Verfasser, trotzdem ihm sicherlich eine Fülle von Material zuströmt, von einer reinen Anästhesia sexualis berichten kann. A. L.

Ziehen, Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. V. Band. 1. Heft. Berlin 1902. 79 S. Mk. 1,80.

Vorliegende Abhandlung ist das erste von drei Heften, in denen eine spezielle Darstellung der einzelnen Geisteskrankheiten des Kindesalters beabsichtigt wird; insbesondere wird auf das schulpflichtige Alter Rücksicht genommen.

In dem zu referirenden Hefte bespricht V. die Defektpsychosen des Kindesalters, d. h. die Psychosen, die durch eine krankhafte Armuth oder Ausfall von Vorstellungen und assoziativen Vorstellungsverknüpfungen charakterisirt sind, Psychosen, welche man auch im Gegensatz zu den funktionellen als organische bezeichnen kann. Er unterscheidet weiterhin angeborene und erworbene Defektpsychosen und rechnet zu den ersteren auch die in den drei ersten Lebensjahren erworbenen.

Die erworbenen Defektpsychosen (dementia paralytica und dementia epileptica) erfahren nur eine kurze Schilderung. Um so eingehender ist naturgemäss die Schilderung der angeborenen Zustände, die er je nach dem Verhalten der Intelligenz in Idiotie, Imbezillität und Debilität sondert.

Wenn die Arbeit auch entsprechend der Sammlung, in der sie erschienen ist, vorwiegend für Nichtärzte bestimmt ist, so wird sie doch auch der Arzt mit Interesse und Anregung lesen; hierzu trägt auch die Mittheilung eigener Beobachtungen des V. bei. Sie verdient weite Verbreitung bei denen, die sich über das Wesen, die Bedeutung und Behandlung psychischer Schwächezustände im Kindesalter orientiren wollen; und dass es einer solchen Aufklärung heutzutage in den breitesten Kreisen dringend bedarf, das braucht an dieser Stelle wohl nicht weiter bewiesen zu werden. Ernst Schultze.

Kionka, Partsch, A. Leppmann, F. Leppmann, Medizinischer Taschenkalender für das Jahr 1902. Vogel und Kreienbrink, Südende-Berlin. 2 Mark.

Mit dem Wechsel des Verlages ist eine ansprechende Aenderung des Formats einhergegangen, insbesondere sind die Notizhefte auf 12 (Monatshefte) vermehrt. Im Uebrigen hat der Kalender seinen früheren Charakter gewahrt.

Gebührenwesen.

Uebersicht über die von den Aerztekammern mit den Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten getroffenen Vereinbarungen betreffend Ausstellung von Gutachten.

Aerztekammer	Besteht ein Abkommen mit der Versicherungsanstalt?	Wer stellt das Attest aus: ein frei zu wählender Arzt?	ein Vertrauens-Arzt?	Ist ein Formular eingeführt?	Honorirung: seitens der Versicherungs-Anstalt?	seitens des Antragstellers?	Bemerkungen:
Ostpreussen	Ja	Ja[1]	—	Ja	6 Mk.	—	[1] Der Arzt, der den Rentenanwärter innerhalb des letzten halben Jahres vor der Antragstellung behandelt hat. In dieser Zeit nicht behandelte, sowie solche Antragsteller, welche sich an den behandelnden Arzt nicht wenden wollen, erhalten die Atteste von den Vertrauensärzten. — Weitere Auskunft ohne neue Untersuchung unentgeltlich.
Westpreussen	Ja	Ja	—	Ja	Zuschuss 3 Mk.	Ja	Rückfragen, die keine neue Untersuchung erfordern, sind unentgeltlich zu erledigen. Die unteren Verwaltungsbehörden (Magistrat etc.) gewähren dem zahlungsunfähigen Antragsteller im Wege der Armenpflege eine einmalige Unterstützung in Höhe des zu zahlenden Honorars, welche gegen die zu zahlende Invalidenrente liquidirt wird.
Pommern	—	—	—	—	—	—	Das frühere Abkommen ist zum 1. Januar 1900 gekündigt. Es sind 32 Vertrauensärzte, in erster Linie Kreisärzte bestellt, als Obervertrauensarzt ein Regierungs- und Medizinalrath in Stettin.
Posen	Ja	Ja	—	Nein	3 Mk.[2]	—	[2] Der Arzt muss bemerken, dass er das Honorar von dem Rentenbewerber wegen seiner Mittellosigkeit nicht erhalten konnte. Die Mittellosigkeit muss von der unteren Verwaltungsbehörde bestätigt werden. — Das Attest soll nur enthalten: 1. eine Darstellung des Krankheitszustandes in seinen wesentlichen Punkten, 2. die Bezeichnung der Krankheit, 3. eine Angabe über die Minderung der Erwerbsfähigkeit des Rentensuchers. Für Atteste betr. ein einzuschlagendes Heilverfahren 5 Mk.
Schlesien	Ja	Ja[3]	—	Ja	6 Mk.	?	Die von den Versicherten freiwillig vorgelegten ärztlichen Zeugnisse vergütet die Versicherungsanstalt nicht. Besondere Honorirung durch die Versicherungsanstalt, wenn die Untersuchung in der Wohnung des Antragstellers erfolgt. Letztere muss von der Verwaltungsbehörde genehmigt sein. — [3] Einzelne Aerzte können in Uebereinstimmung mit der Aerztekammer ausgeschlossen werden.
Berlin a. Brandenburg, Vers.-Anst.	Ja	Ja[4]	—	Ja	5 Mk. Zuschuss	Ja	Ergänzungen des Gutachtens kostenfrei, sofern nicht eine neue Untersuchung erforderlich ist. Ein Honorar von 5 Mk. steht den Aerzten ferner zu, wenn sie auf Ersuchen der unteren Verwaltungsbehörden ein Gutachten in Invalidenrentensachen ausstellen (Ziffer 4 d. Anw. v. 6. Dez. 1889). — [4] Die Versicherungsanstalt hat sich vorbehalten, einzelne Aerzte von diesem Abkommen auszuschliessen.
b. Berlin, Vers.-Anst.	Ja	Ja[5]	—	Ja	5 Mk.	—	[5] Der behandelnde Arzt; hat der Versicherte nicht in Behandlung eines Arztes gestanden, oder will er sich nicht an den behandelnden Arzt wenden, so wird er einem Vertrauensarzt zur kostenlosen Untersuchung überwiesen. Rückfragen werden nicht honorirt.

Aerztekammer	Besteht ein Abkommen mit der Versicherungsanstalt?	Wer stellt das Attest aus: ein frei zu wählender Arzt?	ein Vertrauens-Arzt?	Ist ein Formular eingeführt?	Honorirung seitens der Versicherungs-Anstalt?	seitens des Antragstellers?	Bemerkungen:
Sachsen	Ja	Ja	—	Ja	3 Mk. Zusatz	Ja	
Hannover	Ja	Ja	—	Ja	5 Mk.	Nein	In dem Formular ist die letzte Seite für den Vertrauensarzt frei gelassen. In letzterer Zeit sind an einzelnen Orten Vertrauensärzte angestellt.
Schleswig-Holstein	Ja	Ja	—	Ja	3 Mk.	Ja	Erforderte Gutachten werden je nach den Rechnungen höher bezahlt. — Eine allgemeine Erhöhung des Honorars ist zunächst von der Anstalt abgelehnt worden, vielmehr Anstellung von mehr Vertrauensärzten wegen der Mangelhaftigkeit vieler Atteste als erwogen bezeichnet. Verhandlungen schweben.
Hessen-Nassau	Ja	Ja	—	Ja	3 Mk. Zuschuss	Ja	Weitere Auskunft ohne nochmalige Untersuchung unentgeltlich.
Westfalen	Ja	Ja	—	Ja	4 Mk.	5 Mk.	Die Gesammtsumme für Ausstellung von Gutachten ist im Allgemeinen auf 9 Mk. festgesetzt; den Rest von 5 Mk. soll Antragsteller bezw. die betr. fordernde Verwaltung zahlen. Ergänzungen ohne neue Untersuchung kostenfrei.
Rheinprovinz und Hohenzoll. Lande	Ja	Ja	—	Ja	Zuschuss 4 Mk. Lungenbogen 5 Mk.	Ja	Weitere Auskunft ohne nochmalige Untersuchung unentgeltlich.

(Aerztl. Vereins-Blatt.)

Tagesgeschichte.

Ständige Krankenzimmer in Miethswohnungen und Arbeiterhäusern.

Die Absonderung ansteckend Kranker, dieses unbedingte Postulat der öffentlichen Gesundheitspflege, bleibt — darüber dürfen wir uns keiner Täuschung hingeben — in unendlich vielen Fällen ein frommer Wunsch, dessen Erfüllung bei der heutigen Einrichtung unserer Wohnungen nur in unvollkommenster Weise oder mit sehr grossen Schwierigkeiten durchführbar ist. Eindringlich möchten wir daher auf einen Vorschlag hinweisen, den neuerdings unser verehrter Mitredakteur, Herr Geheimrath Roth, in der „Krankenpflege" macht.

Roth tritt dafür ein, dass in allen mittleren Wohnungen ein Zimmer gleich beim Bau des Hauses so eingerichtet werden sollte, dass es den Bedürfnissen eines Krankenzimmers genügen kann. Es lässt sich erwarten, dass diesem Verlangen in ähnlichem Masse entsprochen werden kann, wie es mit der Badeeinrichtung der Fall gewesen ist, die früher auch mehr als ein Luxus betrachtet wurde, und jetzt auch in den mittleren Wohnungen zu einem unentbehrlichen Zubehör geworden ist.

Ebenso — und das ist ja noch wichtiger — müssten überall da, wo Baugenossenschaften oder gemeinnützige Baugesellschaften grössere Arbeiterhäuser oder -viertel errichten, dafür gesorgt werden, dass zwei Räume als Krankenräume vorbehalten bleiben.

Besonders wichtig sind die Angaben des Hygienikers für eine möglichst wenig kostspielige Erfüllung dieser berechtigten Forderung. Selbstverständlich kann das Zimmer, wenn kein Kranker vorhanden ist, eine andere Verwendung finden, und es wäre sogar besonders vortheilhaft, Kinder in einem solchen hygienisch einwandfreien Raume schlafen zu lassen. Auch für die Einzelheiten der Bauart und Ausstattung des Raumes giebt Roth werthvolle Fingerzeige. Die Wände sollen bis zwei Meter Höhe einen abwaschbaren Anstrich erhalten, der Fussboden soll fugendicht hergestellt und leicht zu reinigen sein; die Ecken sind etwas abgerundet zu bauen, die Fenster sollen möglichst gross und mit Lüftungsvorrichtungen an den oberen Flügeln versehen sein, das Mobiliar soll eine leicht zu reinigende glatte Oberfläche besitzen. Vor Allem ist es aber von Bedeutung, dass die Fenster des Zimmers keinesfalls nach der Nordseite gelegen sind, da die reichste Zufuhr von Licht und Luft für die Gesundung eines Menschen die unerlässlichste Bedingung ist. Kann der Krankenraum mit einer Loggia oder Veranda verbunden werden, so ist auch dieses von Vortheil. Das Zimmer braucht nicht grösser als 50 bis 60 Kubikmeter zu sein, und für den Nebenraum genügen 30 Kubikmeter. Solche „Haussanatorien" wären nicht einmal eine vollkommene Neuheit, da es zur Zeit des römischen Kaiserreiches auf den Landgütern der Reichen derartige Einrichtungen gab, „Valetudinarien" für die erkrankten Sklaven.

Es wäre sehr wünschenswerth, wenn man bald anfinge, die Anregungen Roths in Thaten umzusetzen.

Zur Ausgestaltung der Fortbildungskurse für Medizinalbeamte.

Nach Meldungen der Tagespresse ist eine beachtenswerthe Neuerung auf diesem Gebiete im Grossherzogthum Hessen getroffen worden. Man gab dem Kursus die Form einer hygienischen Studienreise. Unter der Leitung des Professors der Hygiene an der Universität Giessen Professor Gaffky und des Obermedizinalraths Dr. Neidhardt begaben sich die Kurstheilnehmer auf 12 Tage nach Hamburg zum Studium der Hamburger hygienischen Vorkehrungen. Besichtigt wurden die Einrichtungen zur Wasserversorgung, zur Beseitigung der Abfallstoffe, des Leichenwesens, die Anstalten zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Desinfektionsanstalt, Impfanstalt), die Einrichtungen für Schiffshygiene und Auswandererwesen, Krankenhäuser, Heilstätten, Genesungsheime, die Einrichtungen für den Krankentransport, die Sanirungsarbeiten zur Beseitigung ungesunder Wohnungsverhältnisse u. f. m. Dank dem Entgegenkommen der Hamburger Behörden hat sich die Studienreise zu einer höchst anregenden und für die Theilnehmer erfolgreichen gestaltet.

Zum Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes.

Dem Preussischen Oberverwaltungsgericht lag kürzlich ein Konflikt zwischen einer Krankenkasse und einer Versicherungsanstalt vor, bei dem zu entscheiden war, ob die Kasse verpflichtet war, zur Behandlung eines Versicherten, bei dem die

Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eingeleitet hatte, einen der Höhe des Krankengeldes entsprechenden Beitrag zu liefern. (§ 18 des Invalidenvers.-Gesetzes.)

In der Entscheidung wird zunächst betont, dass die Kasse nur dann zahlungspflichtig ist, wenn auch ohne die Unterbringung in einer Heilanstalt der Versicherte durch seine Krankheit arbeitsunfähig, wenn er im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes erwerbsunfähig ist. Diese Erwerbsunfähigkeit festzustellen, ist Sache der auf objektive Merkmale begründeten ärztlichen Begutachtung. Einerseits ist der Begriff dieser Erwerbsunfähigkeit nicht schon dadurch erfüllt, dass der Kranke durch seinen Aufenthalt in der Heilanstalt thatsächlich verhindert ist, etwas zu erwerben. Andererseits ist es unmassgeblich, ob der Kranke selbst sich erwerbsfähig und behandlungsbedürftig fühlt oder nicht, und ebenso bedeutungslos ist es, ob er thatsächlich arbeitet oder nicht. Denn Erwerbsunfähigkeit liegt beispielsweise schon dann vor, wenn bei Fortsetzung der Erwerbsthätigkeit Verschlimmerung zu besorgen ist.

Es ist recht wahrscheinlich, dass in Zukunft auf diese Entscheidung hin öfters die Anforderung an Aerzte, insbesondere Kassenärzte, herantreten wird, Gutachten, wie sie hier als nothwendig bezeichnet sind, abzustatten.

Aerztliches Berufsgeheimniss und Krankenkassen.

Das „Korr.-Bl. der Reichenberger Aerzte“ 12, 1901 schreibt: Aus Anlass einer Anfrage, ob die Diagnose der Krankheit seitens der öffentlichen Krankenhäuser auf Ansuchen der Krankenkassen, Krankenunterstützungs- und Krankenversicherungsvereine bezüglich ihrer erkrankten Mitglieder bekannt gegeben werden dürfe, hat das österreichische Ministerium des Innern durch Erlass vom 7. November 1901 erklärt, dass die im Gesetz vom 30. März 1888 bezeichneten Kassen behufs Erfüllung der ihnen zustehenden Verwaltungsaufgaben und behufs Ausübung der ihnen zukommenden Dispositionsrechte Mittheilungen über die Art der Krankheiten ihrer Mitglieder verlangen können und dass daher kein Anstand dagegen obwalte, dass die Verwaltungen der öffentlichen Krankenhäuser im Falle der Verpflegung eines Kassenmitgliedes die Diagnose auf Begehren mittheilen. Auch anderen Krankenunterstützungs- und Krankenversicherungsvereinen könne solche Diagnose auf Verlangen insoweit mitgetheilt werden, als der Verein an einer solchen Mittheilung ein nachgewiesen rechtliches Interesse habe, z. B. mit Rücksicht auf die gegen ihn erhobenen, von der Art der Krankheit abhängigen Ansprüche. Es werden sich aber die Kassen und Vereine in allen diesen Fällen verpflichten müssen, bei Mittheilungen über Krankheiten, deren Bekanntgabe den Betroffenen zu schädigen vermöchte, das Geheimniss zu bewahren. Auch sind die genannten Anstalten zu bedeuten, dass diese Mittheilungen nur auf das besonders gehörig begründete Ansuchen stattzufinden haben, und dass die statutarischen Vertreter dieser Kassen für die Wahrung des Geheimnisses bezüglich der ihnen gewordenen Mittheilungen einzig und allein verantwortlich sind.

Beobachtung des Geisteszustandes eines Angeklagten.

Ein wegen eines schweren Verbrechens Angeklagter ist sechs Wochen in einer öffentlichen Irrenanstalt beobachtet worden. Das Ergebniss ist derartig, dass die Strafkammer Zweifel an der freien Willensbestimmung des Betreffenden hegt. Es ist vorgeschlagen, ein Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation einzuholen, aber die Strafkammer glaubt, nicht nur zu keiner erneuten Irrenanstaltsbeobachtung, sondern nicht einmal zur weiteren Beobachtung im Lazareth eines Untersuchungsgefängnisses berechtigt zu sein. Es erfolgt daher Freisprechung. Im Revisionsverfahren hebt das Reichsgericht das Urtheil auf, weil gegen Beobachtung in der Haft, solange diese fortdauere, kein gesetzlicher Grund vorliege. Die als wünschenswerth anerkannte Beweiserhebung sei also möglich gewesen.

Die Entscheidung ist von grosser grundsätzlicher Wichtigkeit.

Die internationale Vereinigung der Versicherungsärzte.

Das Komitee der internationalen Vereinigung der Versicherungsärzte hat sich am 19. Januar l. J. in Berlin gebildet. Es besteht aus den Herren:

Geh. Rath Dr. Beuster-Berlin, Vorsitzender,
Dr. Florschütz-Gotha, Sekretär,
Dr. Grosse-Leipzig, Schatzmeister,
San.-Rath Dr. Bethe-Stettin,
Dr. Bierbach-Berlin,
Dr. Dambacher-Karlsruhe,
Med.-Rath Dr. Draudt-Darmstadt,
Dr. Eschenburg-Lübeck,
Hofrath Dr. Hellermann-München,
Dr. Kleinschmidt-Elberfeld,
Dr. Köllner-Hannover,
Dr. Julius Lehmann-Berlin,
Dr. Heinrich Meyer-Frankfurt a. M.
Dr. Rüdiger-Berlin,
Dr. Schleyer-Berlin,
Dr. Schmieden-Berlin,
Geh. Rath Dr. Volberth-Berlin.

Bereits ist auch die erste Nummer der periodisch erscheinenden Mittheilungen (französisch-deutsche Ausgabe) erschienen; sie giebt Auskunft über die weitere Zusammensetzung, über den Zweck und die Ziele der Vereinigung und ist kostenlos durch den Sekretär zu beziehen, an den auch alle anderweitigen Anfragen zu richten sind.

Kongress für innere Medizin.

Vom 15. bis 18. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. Naunyn-Strassburg der 20. Kongress für innere Medizin tagen. Die Sitzungen finden im weissen Saale des Kurhauses statt. Das Bureau befindet sich neben dem Eingange des Kurhauses. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes aktuelles Interese haben, stehen auf dem Programme: Diagnose und Therapie des Magengeschwüres (Referenten die Herren Ewald-Berlin und Fleiner-Heidelberg) und: Die Lichttherapie (Referent Herr Bie-Kopenhagen.)

Ausserdem haben folgende Herren Einzelvorträge angemeldet: Herr Kaminer-Berlin: Ueber die Beziehungen zwischen Infektion und der Jodreaktion in den Leukocyten; Herr Ziemssen-Wiesbaden: Zwei Aortenaneurysmen; Herr Rumpf-Bonn: Zur Entstehung des Coma diabeticum; Herr Paul Lazarus-Berlin: Die Bahnungstherapie der Hemiplegie; Herr Manasse-Karlsruhe: Ferratose und Jodferratose; Herr Köppen-Norden: Die tuberkulöse Peritonitis und der operative Eingriff; Herr Poehl-St. Petersburg: Der Ersatz der intravenösen Kochsalzinfusionen durch Klysmen aus künstlicher physiologischer Salzlösung; Herr Ad. Schmidt-Bonn: Zur Pathologie des Magengeschwüres; Herr Friedel Pick-Prag: Ueber den Einfluss mechanischer und thermischer Einwirkungen auf Blutstrom und Gefässtonus.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. **№ 5.** Ausgegeben am 1. März.

Inhalt:

Zweites Gutachten über einen schweren und eigenartigen Fall elektrischer Verunglückung.

Von

Professor A. Eulenburg-Berlin.
Geh. Medizinal-Rath.

Von dem königlichen Landgericht X. bin ich laut Beweisbeschluss vom 14. Januar aufgefordert worden, den Kläger H. persönlich in L., in seiner Wohnung, unter Zuziehung des Oberstabsarztes Dr. H. und des praktischen Arztes Dr. K., Beide zu L., zu untersuchen und alsdann ein definitives schriftliches Gutachten dem Beweisbeschluss vom 6. September 1900 gemäss zu erstatten.

Zufolge dieser Aufforderung habe ich mich am 3. d. M. nach L. begeben und am Vormittag des 4. April, gemeinschaftlich mit den beiden oben genannten Aerzten, den Kläger einer eingehenden mehrstündigen Untersuchung unterzogen.

Indem ich über die Befundnahme und deren Ergebnisse im Folgenden berichte, muss ich die Bemerkung vorausschicken, dass es sich dabei nur um eine Ergänzung und Vervollständigung meines früheren Gutachtens vom 6. Dezember 1900[1]) in dem Sinne handeln kann, dass, während jenes frühere Gutachten lediglich auf Grund der Akten erstattet werden musste, mir nunmehr ein aus eigner Anschauung geschöpftes Urtheil über den Krankheitszustand des Klägers ermöglicht und damit für die Beantwortung der Fragen des Beweisbeschlusses vom 18. September 1900 eine festere Unterlage gewonnen wurde.

Immerhin bleiben dabei sowohl die Darstellung der Vorgeschichte, wie auch die Erwägungen allgemeiner Natur in Betreff der Auffassung elektrischer Verunglückungen unverändert in Geltung, weshalb ich zur Vermeidung von Wiederholungen auf die betreffenden Abschnitte des früheren Gutachtens zurückweise.

Krankheitsbefund am 4. April 1901.

Beim Besuch des Klägers, des jetzt im 51. Lebensjahre stehenden früheren Rittergutspächters Wilhelm H., in seiner Wohnung in L., traf ich diesen, am Vormittag um 1/2 10 Uhr, angekleidet in einem Lehnstuhl sitzend, in etwas nach vorn geneigter Haltung des Oberkörpers und Kopfes, welcher letztere zugleich nach der linken Seite gewandt und der

[1]) Vgl. 1901, No. 3.

linken Schulter angenähert war. Er hatte einen kalten Umschlag über dem Kopf, der ihm der oft äusserst heftigen Kopfschmerzen wegen angenehm sein soll; der früher angeblich sehr reichliche Haarwuchs erschien zu beiden Seiten des Kopfes sowie auch in einem Theile der Hinterhauptgegend in grosser Ausdehnung geschwunden, der noch ziemlich reiche Vollbart stark ergraut. Auch das noch vorhandene Haupthaar zeigte eine überwiegend hellbraungraue Färbung. H. benutzte den angezogenen und gekrümmten linken Arm, in dem er ein Tuch hielt, von Zeit zu Zeit zu Bewegungen, während der rechte Arm schlaff und willenlos, Hand und Finger in leichter Beugestellung, herabhing und von Zeit zu Zeit auch ohne besonderen Anlass von krampfartigen Stössen heimgesucht und in anhaltende schüttelnde Bewegung versetzt wurde. Auch an der Muskulatur der rechten Halsseite liessen sich zuweilen zitternde, oszillirende Bewegungen wahrnehmen. Die Muskulatur beider Arme liess keine auffälligen Unterschiede und auf beiden Seiten keine beträchtliche Abmagerung erkennen. Auch Muskelspannungen oder Kontrakturen waren nicht vorhanden. Wie eine genauere Einzelprüfung demnächst herausstellte, war die willkürliche Beweglichkeit auch des linken Armes sehr eingeschränkt, der Händedruck äusserst schwach; nur mit grosser Anstrengung und unter wiederholten ruckweisen Stössen vermochte H. den Arm bei gebeugtem Ellbogen bis zur Schulterhöhe und etwas darüber hinaus zu erheben. Kopf und Hals erschienen in nicht wesentlich eingeschränkter Weise beweglich. Das Gleiche konnte, soweit sich zu Wahrnehmungen darüber Anlass bot, von den äusseren Gesichtsmuskeln und den Kaumuskeln gelten, während dagegen die Beweglichkeit der Zunge offenbar in sehr hohem Grade gelitten hatte; ein Hinausstrecken derselben aus der Mundhöhle war nicht zu erreichen, die Zunge konnte nur, auf dem Boden der Mundhöhle liegend, mit ersichtlicher Anstrengung etwas gegen die untere Zahnreihe gepresst werden, wobei ihre Spitze zugleich eine deutlich ausgesprochene Abweichung nach links zeigte.

Bei Ankunft der Aerzte sowohl, wie auch späterhin, sass H. in der geschilderten Weise apathisch und völlig in sich versunken da. Bei der nachgewiesenen fast vollständigen Erblindung und Ertaubung, der Beeinträchtigung auch der übrigen Sinnesorgane mussten die Kommunikationen mit der Aussenwelt freilich auf das denkbar engste Mass reduzirt sein. Nur auf sehr starkes Anrufen schien H. zu sich zu kommen, zuckte erst mit dem Zeichen heftigsten Erschreckens zusammen und gerieth dann in ein minutenlanges ausgebreitetes Schütteln des ganzen Körpers, nach dessen Aufhören er allmählich sich etwas mehr zu besinnen und auf die an ihn gerichteten Fragen mit wenigen unzusammenhängenden, stossweise und undeutlich hervorgemurmelten Worten eine Art von Erwiderung zu ertheilen vermochte. Es ergab sich dabei freilich, dass er den Sinn der Frage in der Regel nicht deutlich erfasste und dass es sich bei seinen Antworten überhaupt meist um einzelne zur Gewohnheit gewordene, stereotype Redewendungen und Wortverbindungen handelte. Seine beiden behandelnden Aerzte erkannte er nach dem Anrufen nicht, erst nachdem sie sich ihm direkt genannt hatten — verwechselte sie auch nachmals miteinander und hatte ihre Anwesenheit binnen Kurzem augenscheinlich vergessen. Meine Anwesenheit ist ihm wohl — trotz wiederholter Versuche, sie ihm begreiflich zu machen —, überhaupt nicht zum Bewusstsein gedrungen. Auf die an ihn gerichtete Aufforderung, die Stelle des Kopfes zu zeigen, wo der abgerissene Draht ihn getroffen habe, gerieth er nach dem ersten schreckhaften Zusammenfahren in wüthende Erregung, in der er einzelne abgerissene Worte hervorstiess: „Die will ich verklagen" — „ich will gehen" — „sie haben mich" — „du Frau" — „hier ist es wo" —; alsdann fuchtelte er mit dem nun auch in sehr heftiges krampfartiges Schütteln versetzten linken Arm unsicher herum, bis es ihm mit fremder Unterstützung zuletzt möglich wurde, die betreffende (der äusseren vorderen Partie des linken Seitenwandbeines entsprechende) Kopfgegend mit der Hand zu erreichen.

Nach Abnahme einer über den Unterkörper gebreiteten Decke zeigte sich auch in der Haltung der unteren Gliedmassen ein ähnlicher Unterschied wie bei den oberen. In der Sitzstellung zeigte sich das linke Bein im Knie fast rechtwinklig gebeugt und mehr angezogen als das rechte, das schlaff ausgestreckt dalag. Wenn man bei dem in geschilderter Lage auf dem Boden aufgestemmten linken Bein die Kniesehne mit dem Perkussionshammer nur ganz leicht beklopfte, so erfolgte sogleich ein äusserst heftiges Zucken der Oberschenkelmuskulatur, wodurch der Unterschenkel gestreckt fortgeschleudert wurde, mit wiederholtem krampfartigen Nachzucken; auch selbst beim Beklopfen der Kniesehne am völlig gestreckten Bein erfolgten starke und wiederholte stossweise Zuckungen; ebenso beim Beklopfen der Schienbeinkante (hier in Form von Beugung des Unterschenkels und von Fussschütteln). In etwas schwächerem Grade war die Verstärkung der Kniesehnenreflexe auch rechterseits ausgesprochen, in Form einmaliger ausgebreiteter Zuckung der Oberschenkelmuskulatur, während Schienbeinreflexe sich am rechten Unterschenkel nicht nachweisen liessen.

Bevor in diesen Prüfungen fortgefahren wurde, wozu eine Entblössung der Beine erforderlich war, schien es uns, um eine unnütze Belästigung durch doppeltes Aus- und Wiederanziehen zu vermeiden, zweckmässig, uns zunächst durch Ausführung einiger Steh- und Gehversuche von dem Verhalten bei grösseren koordinirten Muskelaktionen zu überzeugen. Das Aufrichten und der Uebergang aus der sitzenden in aufrecht stehende Haltung war mit ausserordentlichen Schwierigkeiten verbunden. H. verfiel bei dem Versuche dazu in ausgebreiteten heftigen Schüttelkrampf und vermochte nur mit Unterstützung zweier Personen diesen allmählich zu überwinden und sich in die Höhe zu arbeiten, dem Einnehmen der aufrechten Stellung gingen wieder minutenlang andauernde Schleuderbewegungen des Rumpfes und Kopfes vorauf, wobei namentlich Letzterer unter krampfhafter Bethätigung der Nackenmuskeln schleudernd hintenübergeworfen und endlich fixirt wurde. Jede Ortsbewegung, wie besonders das Gehen, musste natürlich, abgesehen von den Störungen der Bewegungsorgane, durch die fast totale Erblindung des Klägers im erheblichen Masse beeinträchtigt werden. Zu den ersten ganz langsamen Schritten bedurfte H. wiederum der kräftigen Führung und Unterstützung durch zwei Personen, während er nachher, von seiner Frau an der rechten Hand gefasst und mit einem Stock in der linken Hand sich in dem wohlbekannten Zimmer Schritt für Schritt vorwärts schob. Eine zu überschreitende Thürschwelle bildete, durch das Eintreten neuer Krampfbewegungen, ein fast unübersteigliches Hinderniss. Der Gang selbst erfolgte unter Aufstützen auf das linke Bein, Nachziehen des rechten, das mit der Spitze zuerst aufgesetzt und langsam abgewickelt wurde, wobei ein intensives Zittern sich vom Fusse bis zur Hüfte hinauf fortpflanzte. In dieser Weise wurden einige zwanzig Schritte durch zwei anstossende Zimmer unter den grössten Schwierigkeiten und stets drohendem Hinstürzen vollführt. Das Wiederhinsetzen bereitete ebenso grosse Schwierigkeit; schliesslich liess H. den bei den Schultern gehaltenen und unterstützten Rumpf ohne koordinatorische Eigenthätigkeit auf die Unterlage passiv herabfallen.

Es wurde nun nach Entblössung von Unterschenkel und Fuss in der begonnenen Untersuchung fortgefahren. Der Fusssohlenreflex, sowohl beim Streichen wie beim Stechen, zeigte sich auf der rechten Seite ziemlich stark, und in Beugung (Plantarflexion) des Fusses und der Zehen bestehend. Auf der linken Seite war dieser Reflex noch mehr verstärkt und erfolgte hier in der Form einer krampfhaft verlängerten Streckung (Dorsalflexion), wobei namentlich die grosse Zehe gehoben und der innere Rand des Fusses durch spastische Zusammenziehung aufwärts gewölbt wurde, mit nachfolgenden zitternden Oszillationen. Der Achillessehnenreflex war auf beiden Seiten deutlich vorhanden. Links liessen sich auch am Fussrücken von der Mittelfussgegend aus Reflexe in Form von Streckung (Dorsalflexion) des Fusses auslösen; dazwischen erfolgten zuweilen spontane Zitter- und Schüttelbewegungen des Fusses, oder Zuckungen einzelner Zehen. Ein Fussschütteln bei passiver Streckung der Zehen (sog. „Fussklonus") war in leichter Andeutung bemerkbar. Auf Nadelstiche trat linkerseits sehr starke, rechts dagegen gar keine wahrnehmbare Reaktion ein. Der gleiche Unterschied im Verhalten der Hautempfindlichkeit zeigte sich auch an den Armen und überhaupt an der ganzen Körperoberfläche bis zum Halse hinauf, wo sich das Verhältniss umkehrte, so dass an Hals und Kopf auf der rechten Seite die Hautempfindlichkeit (Schmerzempfindlichkeit) deutlich ausgesprochen war, linkerseits dagegen, ziemlich scharf in der Mittellinie abschneidend, allem Anschein nach fast vollständig fehlte.

Es schien, aus differenzial-diagnostischen Gründen, von Wichtigkeit, sich von der Reaktion der grösseren Nervenstämme und Muskeln bei elektrischer Reizung soweit wie möglich zu überzeugen. Bei der mit einem Induktionsapparate vorgenommenen Prüfung der „faradischen" Nerven- und Muskelreizbarkeit zeigte sich an Nerven und Muskeln des linken Armes und Beines ein der Norm entsprechendes Verhalten; jedenfalls war hier keine deutliche Abschwächung der Erregbarkeit zu konstatiren. Auf der rechten Seite war die Reizung ebenfalls wirksam, dabei kam jedoch, sowohl am Arm wie am Bein, schon bei Anwendung der schwächsten überhaupt erfolgreichen Ströme ein heftiges, anhaltendes und ausgebreitetes Vibriren und Schütteln der gesammten Muskulatur des betreffenden Gliedes zur Erscheinung, das die genauere Beobachtung des örtlichen Reizeffektes in hohem Masse erschwerte. Den Versuch einer Prüfung mit dem konstanten Strome mussten wir, wegen unzulänglicher Beschaffenheit des verfügbaren Apparates, als unmöglich aufgeben.

Die besonders wichtige Aufnahme des Augenbefundes wurde unter spezieller Mitwirkung des Augenarztes Herrn Dr. K. vorgenommen. Die Pupillen waren beiderseits gleichmässig verengt und liessen auf Beschattung noch eine ganz geringfügige Erweiterung wahrnehmen. Die Lidspalten waren eng, die linke durch stärkeres Herabhängen des oberen Lides meist etwas enger als die rechte. Eine genaue funktionelle Prüfung des Sehorgans war bei dem Zustande des Patienten nicht auszuführen; doch liess sich bestimmt feststellen, dass H. selbst grosse ihm vorgehaltene Gegenstände in keinem Theile des Gesichtsfeldes überhaupt wahrzunehmen, geschweige denn deutlich zu unterscheiden im Stande war. Ueber die äusseren Augenbewegungen liess sich unter diesen Umständen nichts Sicheres ermitteln, da H. weder den vorgehaltenen Fingern noch der Lichtflamme mit den Blicken folgte. Augenzittern (Nystagmus) war nicht zu bemerken. Die Augenspiegeluntersuchung ergab beiderseits vollständig klare Medien des Auges; links zeigte sich die Sehnervenscheibe in beginnender grauer Verfärbung — rechts gelang es nicht, dieselbe ins Gesichtsfeld zu bekommen, weil der Augapfel zu stark nach aussen gedreht war und der Patient die ihm vorgeschriebenen Veränderungen der Blickrichtung nicht ausführte.

Hinsichtlich der übrigen Sinnesorgane liess sich nur feststellen, dass das Gehör offenbar auf dem linken Ohr für Sprache und sonstige Geräusche vollständig fehlte, während auf dem rechten noch eine sehr verringerte Hörschärfe bestand, und dass auch der Geruch gänzlich zu mangeln schien, wenigstens eine Wahrnehmung vorgehaltener Riechobjekte nicht nachzuweisen waren. Hinsichtlich des Geschmackes liessen sich Prüfungen schon wegen der Schwerbeweglichkeit der Zunge nicht mit Sicherheit ausführen.

In Betreff der vegetativen Funktionen der Ernährung, Absonderung u. s. w. liess sich natürlich bei der kurzen Beobachtungsdauer unmittelbar wenig ermitteln. Die Herzthätigkeit zeigte keine auffälligen krankhaften Veränderungen, namentlich auch nicht solche im Sinne vorgeschrittener Verhärtung oder Verkalkung der grösseren arteriellen Gefässstämme; der ziemlich kleine und weiche Radialpuls zeigte in der Ruhe normale Häufigkeit (66 in der Minute). Im Gesicht war öfters Schweissausbruch erkennbar. Das Hinabschlucken von Flüssigkeit (Wasser) erfolgte ohne Störung. Beim Kauen festerer Speisen soll sich H. leicht auf die Zunge beissen; er soll daher auch fast nur Flüssigkeiten (Milch, Brühe), höchstens etwas kleingeschnittenes Fleisch in der Regel geniessen. Nach Angabe seiner Frau, sowie des Herrn Dr. H. soll H. ferner an grosser Trägheit der Darmfunktion, die zum regelmässigen Gebrauche von Abführmitteln nöthigt, und an vermehrtem Harndrang (namentlich Nachts) leiden. Der Urin soll, nach der von Herrn Dr. H. vorgenommenen Prüfung, keine abnormen Bestandtheile (Eiweiss, Zucker) enthalten.

Als eine Art von Stichprobe für das körperliche und geistige Verhalten des Klägers diene die nachfolgende kleine, wortgetreu wiedergegebene Szene, wie sie sich nach der Ankunft und Selbstvorstellung des Augenarztes Dr. K. zwischen diesem und H. abspielte:

K. Kennen Sie mich?

H. Ja, ja, Herr Oberstabsarzt (dabei in grosser Aufregung).

K. Wollen Sie heute spazieren gehen?

H. Ich war mal gefahren —

K. Haben Sie denn noch einen Wagen?

H. Fahren wir heute — (nach einer Pause) meine Frau — Herr Doktor — ich — ich — kenne Ihnen schon sehr lange —

K. Wie ist es mit den Augen?

H. Es wird — wird — helle werden —

K. Sehen Sie mich?

H. Ja — ja —

K. (mit vorgehaltener Uhr): Was ist das hier? —

H. (fuchtelt mit dem linken Arm in der oben beschriebenen Weise herum, vermag aber nichts zu erfassen, versinkt dann wieder in Apathie).

Gutachten.

Es kann nach der voraufgegangenen Befunderhebung nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, dass wir es bei dem Kläger mit einer ausserordentlich schweren, organischen, chronisch-degenerativen Gehirnerkrankung zu thun haben.

Die an das Gehirn als Zentralorgan des Nervensystems gebundenen Funktionen der Empfindung und Sinneswahrnehmung, der willkürlichen Bewegung und der höheren Seelenthätigkeiten sind bei H. sämmtlich in grossem Umfange und in denkbar schwerster Weise geschädigt. Das Hautgefühl ist in einem grossen Theile der linken und in einem

kleineren Theile der rechten Körperhälfte vollständig oder doch nahezu vollständig aufgehoben. Geruch und Geschmack scheinen fast gänzlich zu mangeln; das Gehör fehlt auf dem linken Ohr vollständig, während rechts nur eine sehr herabgesetzte Hörschärfe besteht. Was das Sehvermögen betrifft, so kann zur Zeit höchstens noch von einer quantitativen Lichtempfindung (Unterscheidung von hell und dunkel) allenfalls die Rede sein, da selbst grössere Gegenstände in geringem Abstande vom Auge nicht mehr wahrgenommen werden. Es hat sich das Sehvermögen offenbar fortschreitend verschlechtert, da nach Aussage des Herrn Dr. K. bei den ersten Untersuchungen wenigstens im äusseren Theile des rechten Gesichtsfeldes noch Gegenstände erkannt und selbst grössere Schriftproben gelesen werden konnten; auch lässt die im Augenspiegel wahrnehmbare graue Verfärbung der Sehnervenscheibe auf beginnenden Schwund (Atrophie) der Sehnervenfasern schliessen.

Die willkürliche Bewegung ist am rechten Arm fast ganz aufgehoben, am rechten Bein stark vermindert, während sie auf der linken Körperhälfte in geringerem Grade ebenfalls herabgesetzt ist. Die Zunge ist vorzugsweise linksseitig gelähmt. Zu diesen unvollkommenen Lähmungszuständen gesellen sich aber noch schwerste Bewegungsstörungen krampfhafter Natur in Form von spontan auftretendem Zittern, der Intensität nach wechselnd bis zu heftigstem Schüttelkrampf, und allgemeine krampfartige Störungen des Zusammenwirkens der Muskeln bei den ein solches erfordernden („koordinirten") Bewegungen — namentlich bei den Ortsbewegungen, beim Hinsetzen und Aufrichten, beim Stehen und Gehen — sowie endlich auch bei äusserem Reiz (Anrufen), seelischer Erregung u. s. w. eintretende Krampferscheinungen. Der Ausgangspunkt aller dieser Störungen kann nur im Zentralorgan, im Gehirn, in den der Empfindung, der Sinneswahrnehmung, willkürlichen Bewegung und Koordination dienenden Rindenabschnitten (namentlich der Grosshirnrinde) gesucht werden. Für einen solchen zentralen Sitz der Erkrankung spricht überdies die geschilderte enorme Steigerung der Reflexe, die bei Gehirnleiden durch Wegfall der vom Gehirn auf die Reflexcentren des Rückenmarks normalerweise geübten Hemmungen zu Stande kommt; nicht minder der Charakter der Lähmungen, das Ausbleiben von Muskelschwund (Atrophie) selbst nach längerem Bestehen der Lähmung und das Erhaltenbleiben der elektrischen Reaktion in den von der Lähmung befallenen Nervenstämmen und Muskeln.

Ganz unzweideutig endlich wird das Vorhandensein einer schweren degenerativen Gehirnerkrankung, mit besonders ausgebreiteter Betheiligung der Grosshirnrinde, erwiesen durch den allmählich gesteigerten seelischen Verfall des Kranken, durch die bis zu hochgradiger Verblödung fortschreitende intellektuelle Abstumpfung. Es ist dieser Vorgang psychologisch als eine nothwendige und unausbleibliche Folge der ausgebreiteten Sinnesstörungen zu betrachten, wodurch gewissermassen die sämmtlichen in die Aussenwelt hineingestreckten seelischen Fühlfäden jäh abgerissen, ihres Zusammenhanges beraubt und so die Aufnahme seelischer Anregung in Form von Empfindungen und Sinneseindrücken und deren Umbildung zu Vorstellungen unmöglich gemacht wurden.

Anatomisch und physiologisch ist der Verlauf in der Weise zu verstehen, dass zuerst grösstentheils die sogenannten Sinnesfelder der Grosshirnrinde in ziemlich rapider Weise zerstört, funktionsunfähig wurden und weiterhin auch die Verbindungssysteme zwischen diesen und den in unmittelbarer Nachbarschaft, zwischen ihnen belegenen sogenannten Assoziationsfeldern fortschreitend degenerirten.

Von einem nicht durch schwere materielle Veränderungen bedingten (sogenannten „funktionellen") Nervenleiden — Schreckneurose, traumatische Neurose, Neurasthenie, Hysterie — kann nach dem ganzen Verlaufe, nach der überaus grossen Schwere und Andauer der Symptome, dem Augenbefunde u. s. w. unter keinen Umständen die Rede sein; noch weniger natürlich von einem Verdachte auf Simulation, der sich durch den ganzen Habitus des zur körperlichen und geistigen Ruine gewordenen Patienten ohne Weiteres erledigt.

Wenn nun also auch unbestreitbar ist, dass Kläger an einer schweren organischen, chronisch-degenerativen Gehirnerkrankung leidet und durch diese unbedingt als gänzlich und andauernd erwerbsunfähig gelten muss — so könnten doch Zweifel darüber auftauchen, ob die vorhandene Gehirnerkrankung als ausschliessliche, unmittelbare Folge des am 14. August 1898 erlittenen Unfalls anzusehen sei, oder ob sie vielleicht anderen, nicht traumatischen (inneren) Ursachen ihre Entstehung verdanke, oder derartige ursächliche Momente wenigstens mitwirkend konkurriren.

In dieser Beziehung ist zunächst das akut stürmische Einsetzen der Haupterscheinungen im unmittelbaren zeitlichen Anschluss an den Unfall nachdrücklich zu betonen. H. war, abgesehen von einer schweren Influenza und darnach für kurze Zeit zurückbleibender nervöser Verstimmung (im Winter 1895—1896) vor dem Unfall körperlich gesund gewesen, soll nur eine bei besonderen Anlässen sich dokumentirende nervöse Erregung auch späterhin gezeigt haben. Es erscheint ja gewiss nicht ausgeschlossen, dass diese fortbestehende nervöse Disposition etwas dazu beigetragen haben kann, die unmittelbaren Unfallfolgen namentlich nach der Seite ihrer seelischen Rückwirkung hin stärker und ungehemmter hervortreten zu lassen; die mit so elementarer Gewalt einbrechenden initialen Erscheinungen der gegenwärtigen Erkrankung konnten aber dadurch unmöglich hervorgerufen, höchstens unwesentlich modifizirt werden. Man erinnere sich, dass H. den Zeugenaussagen zufolge bei dem Unfalle bewusstlos hinstürzte und sofort über heftige Schmerzen im Kopf klagte; dass bereits wenige Stunden darauf unter schweren Krampferscheinungen sich die Lähmung der rechten Körperseite entwickelte, auch die Störungen des Geruchs und Geschmacks, der Sehverlust auf dem linken, die Einschränkung des Gesichtsfeldes auf dem rechten Auge bei negativem Augenspiegelbefunde — sichere Zeichen zentralen Befallenseins der Sehsphären — zur Ausbildung gelangten; dass in den nächsten Tagen unter öfterem Schwanken der Symptome und periodenweise eintretenden Zuckungen und Schmerzen auch die Gefühlstörungen, die unvollkommene Lähmung der linken Körperhälfte u. w. in ausgesprochener Weise hervortraten. Ein so blitzartig sich vollziehendes Auftreten der schwersten, ausgebreitetsten zentralen Reizungs- und Lähmungserscheinungen bei einem bis dahin relativ gesunden, jedenfalls keine Momente organischer Erkrankung darbietenden Manne und in unmittelbarem zeitlichen und örtlichen Anschlusse an eine den Kopf direkt treffende Verletzung kann doch wohl vernünftiger Weise nur mit eben dieser Verletzung, mit dem elektrischen Trauma als solchem, in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. — Es kommt dazu, dass das Krankheitsbild, auch abgesehen von der Art seines Einsetzens, in seiner späteren Gestaltung ein solches ist, wie es eigentlich keiner bestimmten Form typisch organischer, nicht traumatischer Hirnerkrankung entspricht; es zeigt wohl gewisse Aehnlichkeiten und Berührungspunkte mit den Symptombildern, wie sie sich bei chronischen Hirnerkrankungen auf infektiöser oder intoxikatorischer (syphilitischer, alkoholistischer) Basis, bei disseminirter Herdsklerose, paralytischer Demenz, sekundärer Demenz noch Herdaffektionen u. s. w. entwickeln können

— ist aber von jedem einzelnen dieser Krankheitsbilder doch wieder grundverschieden, und durchaus eigenartig gestaltet. Am meisten ähnelt es noch dem Bild der sogenannten multiplen (disseminirten) Herdsklerose — und diese Aehnlichkeit ist nicht zu verwundern, weil wir es auch hier augenscheinlich mit einer an mehrfachen, räumlich getrennten Hirnstellen einsetzenden, also „multiplen" Invasion zu thun haben; aber das hier vorliegende Krankheitsbild lässt doch einerseits manche besonders charakteristische und so zusagen pathognomonische Zeichen der Herdsklerose (wie Augenzittern, Augenmuskellähmungen, eigentliches Intentionszittern u. s. w.) vermissen — andererseits ist es wieder durch das hochgradige und diffuse Befallenwerden der sämmtlichen zentralen Sinnessphären und die überaus schwere seelische Mitbetheiligung von dem gewöhnlichen Bilde der Herdsklerose erheblich verschieden.

Dem Einwande, dass die stattgehabte Verletzung nach ihrer Beschaffenheit und Schwere nicht derartig gewesen sein könne, um so intensive und extensive Folgewirkungen zu erzielen — diesem mit den Verhältnissen der Stromstärke, der Stromspannung und der Widerstände im getroffenen Organismus rechnenden Einwande bin ich schon in meinem früheren Gutachten ausführlich begegnet. Ich will an dieser Stelle nur noch hinzufügen, dass, wie es den Anschein hat, im vorliegenden Falle sich die Verhältnisse für eine bedeutende Herabsetzung der Leitungswiderstände und somit für ein beträchtliches Anwachsen der Stromstärke (und Stromdichte) im Körper des Getroffenen verhältnissmässig günstig gestalteten, so dass die ausnahmsweise verderbliche Wirkung des Stromes bei der im Allgemeinen noch nicht als schwer gefährlich geltenden Spannung von 500 Volt dadurch dem Verständnisse näher gerückt wird. Wenn nämlich — wie angenommen werden darf — der herabfallende und mit Wucht aufschlagende Leitungsdraht dem H. den Hut (den man ja später auf der Erde fand) vom Kopf schleuderte und also mit dem Schädel direkt in Berührung gelangte, so musste unter dieser Berührung des stromzuleitenden Drahtes mit der (noch dazu vielleicht stark schwitzenden) Kopfhaut sehr bald ein ganz ausserordentliches Herabgehen des Körperwiderstandes und dem entsprechend ein rapides Anwachsen der Stromstärke im Körper erfolgen. Wir sehen, dass unter anderen Verhältnissen schon bei Strömen (Batterieströmen) von höchstens 100 Volt Spannung der Körperwiderstand bis auf 300, ja selbst bis auf 180 Ohm herabsinken kann, während die absolute Stromstärke zwischen 300 und 500 Milliampère beträgt — so bei der (besonders zu gynäkologischen Zwecken geübten) Anwendung der Elektrolyse. Während so der Widerstand der Kopfbedeckung unter obiger Voraussetzung ganz eliminirt wird, kann auch der Widerstand der Fussbekleidung und des Bodens nicht unbedingt als so hoch geschätzt werden, dass dadurch ein gefahrdrohendes Anwachsen der Stromstärke im durchflossenen Körper unmöglich gemacht würde. Ueber die an dem Unfallstage von H. getragene Fussbekleidung war leider ausser der Angabe der Frau, dass ihr Mann Zwirnstrümpfe zu tragen pflegte, etwas Bestimmtes nicht mehr zu ermitteln; doch mögen wir wohl mit der Vermuthung nicht fehlgehen, dass er an dem als heiss geschilderten Augusttage nur leichtes Schuhwerk angelegt hatte und dass dieses sowie die Strümpfe von Schweiss durchfeuchtet sein konnte, woraus eine erhebliche Herabsetzung des Widerstandes resultiren müsste. Was die Bodenverhältnisse anbetrifft, so ist der Ring in L., woselbst der Unfall passirte — wie ich mich bei Gelegenheit meines Besuches überzeugte — mit Steinen gepflastert. Ein solches Pflaster ist aber als verhältnissmässig gut leitend zu betrachten, weil wegen der niedrigen Eigenwärme der Steine sich die Feuchtigkeit darauf niederschlägt, und auch der zwischen den Steinen befindliche Sand in feuchtem Zustande den Strom gut fortleitet, so dass man diesen bei unipolarer Berührung noch in einer mehrere Meter betragenden Entfernung von den Geleisen zuweilen deutlich empfindet. Es dürfte übrigens nach theoretischen Erwägungen wie auf Grund experimenteller Analogieen mit Sicherheit anzunehmen sein, dass die grösste und wesentliche Schädigung des eingeschalteten Körpers nicht sowohl während des Stromschlusses, sondern vielmehr erst im Augenblick der Stromöffnung — d. h. beim Aufhören der Berührung des herabgefallenen Leitungsdrahtes, zu welcher Zeit der Körperwiderstand schon auf sein Minimum herabgesetzt war — blitzartig plötzlich erfolgte.

Uebrigens fehlt es auch nicht gänzlich an kasuistischen Beobachtungen ähnlicher Art; vgl. z. B. den im Zentralblatt für Augenheilkunde (September 1900) referirten Fall des Dr. Ulbrich, wobei nach Einwirkung des elektrischen Stromes sich in den nächsten Tagen eine Atrophie der Sehnerven und Lähmung der Bewegungsnerven des Auges entwickelte. Mir selbst ist ein dem vorbeschriebenen in mancher Beziehung verwandter Fall, der in der Eyselein'schen Anstalt zu Blankenburg a. H. von Dr. Matthes und Grosch beobachtet wurde, kürzlich mitgetheilt worden.

Immerhin befinden wir uns beim Eingehen auf die Einzelheiten des Entstehungshergangs, wie zugegeben werden muss, vielfach auf schwankendem Boden und müssen das vorhandene unzureichende und lückenhafte Material an manchen Stellen durch mehr oder minder beweiskräftige Vermuthung ergänzen. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass wir in dem Hauptpunkte unserer Sache gewiss sein dürfen — dass nämlich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem jetzigen schweren, die Erwerbsunfähigkeit bedingenden Krankheitzustande und dem Unfalle, der elektrischen Verletzung, unverkennbar und unzweifelhaft obwaltet.

Mein endgiltiges Gutachten auf die Fragen des Beweisbeschlusses vom 18. September 1900 gebe ich demgemäss dahin ab, „dass Kläger zur Zeit dauernd erwerbsunfähig ist und dass diese Erwerbsunfähigkeit nur die Folge des am 14. August 1900 erlittenen Unfalles ist."

Die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiet der Gewerbehygiene.

Von
Regierungs- und Geh. Medizinalrath
Dr. E. Roth-Potsdam.

(Schluss.)

Um bei solchen Anlagen, welche mit besonderen Gesundheitsschädigungen für die Arbeiter einhergehen, sich einen Einblick in die Art der Einwirkung des Betriebes speziell auf die Arbeiter auch weiterhin zu sichern, empfiehlt es sich, schon im Genehmigungsverfahren die Bedingung zu stellen, dass der Unternehmer in bestimmten Zwischenräumen eine Uebersicht der stattgehabten Erkrankungs- und Todesfälle unter der Arbeiterschaft nach einem zwischen Kreisarzt und Gewerbeinspektor zu vereinbarendem Schema Ersterem einreicht. Da es sich hierbei nicht um Statistiken zu wirthschaftlichen Zwecken handelt, mithin der § 139 b der Gew.-O. nicht in Frage kommt, andrerseits den Beschlussbehörden bei der Festsetzung der Genehmigungsbedingungen, soweit sie im Interesse der Sicherheit des Betriebes oder der Arbeiter geboten sind, durchaus selbständig sind, werden der Aufnahme einer solchen Bedingung prinzipielle

Bedenken dann nicht entgegen stehen, wenn die Genehmigung unter Vorbehalt ertheilt wurde; andernfalls empfiehlt es sich, um etwaigen späteren Einsprüchen und Beschwerden zu begegnen, wie dies bezüglich der Konzessionsbedingungen im Allgemeinen vor Aufstellung derselben seitens der Beschlussbehörden vielfach geschieht, die vorherige Einverständnisserklärung des Unternehmers auch bezüglich dieser Bedingung herbeizuführen. Die Beschaffung einer solchen Statistik wird dann keinen Schwierigkeiten begegnen, wenn für die betreffende gewerbliche Anlage eine besondere Betriebskrankenkasse eingerichtet und der Unternehmer in der Lage ist, sich die erforderlichen Unterlagen durch Vermittelung des Vorstandes der Betriebskrankenkasse zu verschaffen. Anders liegt die Sache, wenn es sich um gewerbliche Anlagen handelt, deren Arbeiter nicht in einer besonderen Betriebskrankenkasse zusammengefasst sind, sondern einer allgemeinen Ortskrankenkasse angehören, deren Vorstände und Aerzte unter Umständen einem solchen Verlangen sich weniger geneigt zeigen werden. Je mehr es dem Kreisarzt gelingt, gegenüber den Aerzten des Kreises eine Vertrauensstellung sich zu sichern, um so eher werden die hieraus unter Umständen entstehenden Schwierigkeiten sich überwinden lassen. Für diese statistischen Unterlagen, die auf die wichtigsten Daten beschränkt bleiben müssen, würden im Allgemeinen folgende Fragen für ausreichend zu erachten sein.

A. Durchschnittliche Zahl der Arbeiter — der Arbeiterinnen — der jugendlichen Arbeiter.

B. Zahl der Erkrankungen und Krankheitstage
   a) für Arbeiter,
   b) für Arbeiterinnen,
   c) für jugendliche Arbeiter.

C. Von den Erkrankten waren beschäftigt:
   a) bis zu 3 Monaten,
   b) von 3 bis zu 6 Monaten.
   c) von 6 bis zu 12 Monaten,
   d) von 1 bis 2 Jahr u. s. w.;

D. Krankheits- und Todesursachen, unterschieden
   a) als spezifische Berufskrankheiten (Anilismus, Blei-, Quecksilber- u. s. w. Vergiftung, Staubinhalationskrankheiten, spezifische Hautkrankheiten, Milzbrand u. s. w.),
   b) als Krankheiten, bezüglich deren der unmittelbare Zusammenhang mit dem Gewerbebetrieb nicht nachweislich ist, und zwar: 1. Erkrankungen der Athmungsorgane (ausschliesslich der Lungentuberkulose), 2. Erkrankungen der Verdauungsorgane, 3. Lungentuberkulose. 4. Sonstige Infektionskrankheiten. 5. Krankheiten des Nervensystems. 6. Krankheiten der Haut. 7. Sonstige Krankheiten. 8. Verletzungen.

Die Festsetzung der im Einzelfall aufzunehmenden spezifischen Berufskrankheiten richtet sich nach der Art des Gewerbebetriebes. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Grenzen zwischen den spezifischen Berufskrankheiten und denjenigen, bezüglich deren der Zusammenhang nur ein mittelbarer ist, wie beispielsweise in einer grossen Zahl der Fälle von Lungentuberkulose, keine festen sind, und dass jede solche Statistik nur einen ungefähren, durch eigene Beobachtung zu ergänzenden Anhalt bietet.

Nach dem Vorgang der auf Grund der §§ 120e und 139a erlassenen Bekanntmachungen des Bundesraths empfiehlt es sich, die wichtigsten Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter in die Arbeitsordnung aufnehmen (§§ 134a Abs. 1 und b, Abs. 3) oder, falls eine Arbeitsordnung nicht erlassen wird, durch besondere Vorschrift den Arbeitern zur Pflicht machen zu lassen, ausserdem aber die Arbeiter in kurzgefassten Belehrungen auf die hauptsächlichsten ihnen drohenden Gefahren und deren Vermeidung hinzuweisen. Eine entsprechende Bestimmung ist gleichfalls in die Genehmigung aufzunehmen.

Für eine Reihe gesundheitsschädlicher Betriebe ist schon jetzt eine in regelmässigen Zwischenräumen zu wiederholende ärztliche Untersuchung der Arbeiter vorgeschrieben. Eine solche periodische Untersuchung ist angeordnet für die Arbeiter in Phosphorzündholzfabriken, in Quecksilber-Spiegelbelegen, in Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei oder Bleiverbindungen, in Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten, für die Arbeiter in Zinkhütten und für die in Bleifarben- und Bleizuckerfabriken beschäftigten Arbeiter. Die Zwischenräume, innerhalb deren diese Untersuchungen auszuführen sind, schwanken in den einzelnen Betrieben zwischen einer Woche und drei Monaten. In den vorgenannten Anlagen und ausserdem in Anlagen, in denen Thomasschlacke gemahlen oder Thomasschlackenmehl gelagert wird, sind die Arbeitgeber ausserdem verpflichtet, ein Kontrol-(Kranken-)Buch nach vorgeschriebenem Schema zu führen oder unter ihrer Verantwortung führen zu lassen, das dem Gewerbeaufsichtsbeamten jederzeit zur Einsicht vorzulegen ist. Dieses Krankenbuch ist nach der Bekanntmachung vom 8. Juli 1893, betr. Einrichtung und Betrieb von Bleifarben- und Bleizuckerfabriken auf Verlangen auch dem Medizinalbeamten vorzulegen, und das Gleiche schreibt der Min.-Erlass vom 8. Mai 1889, betr. Vorschriften über Einrichtung und Betrieb von Quecksilber-Spiegelbelegen vor. Es ergiebt sich hieraus, dass den Medizinalbeamten schon jetzt bezüglich der genannten gewerblichen Betriebe eine Mitwirkung bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter eingeräumt war, wenn auch von dieser Befugniss, soweit bekannt geworden, wohl nur ganz ausnahmsweise bei gelegentlich in Gemeinschaft mit dem Gewerbeinpektor ausgeführten Besichtigungen derartiger Anlagen Gebrauch gemacht worden ist. Für die Zukunft wird es Sache des Kreisarztes sein, bei den in Gemeinschaft mit dem Gewerbeinspektor auszuführenden Besichtigungen sich diese Kranken-(Kontrol-)Bücher in jedem Falle vorlegen zu lassen, um bei dieser Gelegenheit von den vorgekommenen Erkrankungen Kenntniss zu nehmen und etwaige ungenaue Eintragungen richtig zu stellen. Zur Durchführung der im § 92 der Dienstanweisung gestellten Forderungen erscheint weiterhin ein Zusammenarbeiten der Kreisärzte mit den Kassenärzten, speziell solcher Kassen, in denen Arbeiter gesundheitsschädlicher Betriebe versichert sind, unentbehrlich. So lange eine Anzeigepflicht für die gewerblichen Krankheiten im engern Sinne nicht eingeführt ist, wird der Kreisarzt hinsichtlich der Beurtheilung der Gesundheitsschädlichkeit namentlich solcher Betriebe, für welche die Führung eines Kontrolbuches nicht vorgeschrieben ist, im Wesentlichen auf die durch Vermittlung der Aerzte an Orts- und Betriebskrankenkassen ihm zugehenden statistischen Unterlagen angewiesen bleiben. Auch für diese statistischen Daten wird ein einheitliches Schema zu vereinbaren sein.

Dass der Kreisarzt zur amtlichen Besichtigung gewerblicher Anlagen ohne besondern Auftrag nicht befugt ist, sondern zu diesem Zweck die Mitwirkung der zuständigen Organe, in erster Linie des Gewerbeaufsichtsbeamten, in Anspruch zu nehmen hat, unterliegt nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung (§ 139b) keinem Zweifel und hat auch im § 92 der Dienstanweisung für die Kreisärzte entsprechenden Ausdruck gefunden. Die in Gemeinschaft mit dem Gewerbeinspektor vorgesehenen Besichtigungen solcher

Anlagen, von denen Gesundheitsschädigungen zu befürchten sind, bieten ein weiteres Mittel zur Gewinnung sicherer Unterlagen für die Beurtheilung der Gesundheitsschädlichkeit der einzelnen Betriebe. Wie schon seit lange betont, muss das Ziel einer geordneten Fabrikaufsicht ein geregeltes Zusammenwirken der Gewerbeaufsichtsbeamten mit den Gesundheitsbeamten des Kreises sein; denn die Forderungen, welche die Bestimmungen der Gewerbeordnung nach der gesundheitspolizeilichen Seite stellen, haben zu ihrer Durchführung eine sachverständige ärztliche Mitwirkung zur Voraussetzung. Diese Mitwirkung ist besonders nothwendig in solchen Betrieben, wo durch giftige oder staubentwickelnde Materialien, schädliche Gase und Dämpfe, körperliche Ueberanstrengung, hohe Hitzegrade oder gezwungene Körperhaltung die Arbeiter und in besonderem Masse die weniger widerstandsfähigen, namentlich die jugendlichen Arbeiter und die Arbeiterinnen besonders gefährdet sind, und sie ist nicht minder geboten in Bezug auf die Schädigungen der Anwohner und des Publikums und die durch die Fabrikabwässer verursachten Verunreinigungen des Untergrundes und der Wasserläufe.

Neben dem Gewerbeinspektor kommen als Aufsichtsorgane für die unter den § 16 Gew.-O. fallenden gewerblichen Anlagen nach § 139b Gew.-O. in zweiter Linie die Ortspolizeibehörden in Frage. Zwar besitzen auch die Aufsichtsbeamten bei der Ausübung ihrer Aufsicht alle amtlichen Befugnisse der Ortspolizeibehörden, insbesondere das Recht jederzeitiger Revision der Anlagen, aber ein direktes polizeiliches Eingreifen steht ihnen unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht zu, vielmehr sind Anordnungen zur Durchführung der in den §§ 120a—c enthaltenen Vorschriften für einzelne Anlagen auf Grund des § 120d von der Polizeibehörde, für bestimmte Arten von Anlagen gemäss § 120e vom Bundesrath, den Landeszentralbehörden oder von den Polizeibehörden zu treffen. Polizeiliche Verfügungen, um deren Erlass die Ortspolizeibehörde von dem zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten ersucht wird, sind von dieser binnen zwei Wochen zu erlassen, sofern sie nicht binnen dieser Frist Bedenken dagegen erhebt. In diesem letztern Fall hat der Gewerbeaufsichtsbeamte, falls er die erhobenen Bedenken für unbegründet erachtet, die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde einzuholen. Nach der Preussischen Ausführungsanweisung vom 26. Februar 1892 (Min.-Bl. f. d. i. Verw., S. 89) ist Voraussetzung für die auf Grund des § 120d Gew.-O. seitens der Polizeibehörde zu erlassende Verfügung, dass die Massregel, welche angeordnet werden soll, zur Durchführung eines der in den §§ 120a—c Gew.-O. enthaltenen Grundsätze erforderlich, und dass sie bei der Beschaffenheit der einzelnen Anlage überhaupt ausführbar ist. Bei polizeilichen Verfügungen, die nicht auf Ersuchen des Gewerbeinspektors erlassen werden, hat die Polizeibehörde vor Erlass derselben die gutachtliche Aeusserung des zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten einzuholen. Spricht sich dieser gegen den Erlass der Verfügung aus, so hat die Polizeibehörde den Erlass der Verfügung so lange auszusetzen, bis sie die Zustimmung der höheren Verwaltungsbehörde erwirkt hat. Nur wenn eine dringende, das Leben oder die Gesundheit bedrohende Gefahr zu beseitigen ist, hat die Polizeibehörde ohne Aufschub die erforderlichen Verfügungen zu erlassen und zur Ausführung zu bringen. Hiernach kann die Initiative zu derartigen Verfügungen sowohl von der Ortspolizeibehörde wie von dem Gewerbeaufsichtsbeamten ausgehn, doch ist, abgesehen von dringender Gefahr, das vorherige Einvernehmen beider Organe Voraussetzung, während bei Meinungsverschiedenheiten die höhere Verwaltungsbehörde anzurufen ist. Der formale Erlass und die Durchführung der Verfügung bleibt der Ortspolizeibehörde überlassen.

Ebenso wie der Gewerbeinspektor ist selbstverständlich auch die Polizeibehörde befugt, die Mitwirkung des Kreisarztes in geeigneten Fällen in Anspruch zu nehmen. Abgesehen von der Mitaufsicht, die der Polizeibehörde gegenüber den genehmigungspflichtigen Anlagen zusteht, hat sie der Errichtung von Anlagen, die mit Gesundheitsgefahr für das Publikum verbunden sind, durch polizeiliche Verbote entgegenzutreten, wie sie auch das auf öffentlichen Strassen, Wegen, Plätzen verkehrende Publikum vor Nachtheilen und Gefahren, wie sie schädliche Dünste, starker Rauch und ungewöhnliche Geräusche mit sich bringen, durch polizeiliche Massnahmen sicher zu stellen hat, Befugnisse, die sich aus den eigentlichen Aufgaben der Polizei auf Grund des § 10, Th. II, Tit. 17 des Allgemeinen Landrechts und des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850, bezw. in den neuen Provinzen der Verordnung vom 20. September 1867 ergeben. In gleicher Weise ist die Polizeibehörde befugt, über den § 27 der Gew.-O. hinausgehend durch Spezialverordnungen für alle mit Erregung ungewöhnlichen Geräusches verbundenen Betriebsanlagen vorzuschreiben, dass ihre Einrichtung an Stellen, wo ihr Betrieb Gefahren für die Gesundheit oder Verkehrsbelästigungen mit sich bringt, nicht zulässig ist. (Vergl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. IX, S. 373; Bd. XV, S. 433; Bd. XIV, S. 319; Bd. XXV, S. 393; Bd. XXIII, S. 254). In diesen Fällen wie desgleichen in allen denjenigen Fällen, wo es sich um Luftverunreinigungen durch Rauch, Russ, durch widerliche Ausdünstungen u. s. w. handelt, die Gesundheitsgefahren für das Publikum überhaupt oder für bestimmte Bevölkerungskreise herbeizuführen geeignet sind, wird die Polizeibehörde sich der Mitwirkung des Kreisarztes zu versichern haben, der sein Gutachten auf Grund örtlicher Untersuchung und unter Berücksichtigung der in Frage kommenden Personenkreise abzugeben hat, wobei die Kenntniss der einschlägigen Entscheidungen, namentlich des Oberverwaltungsgerichts unerlässlich ist. (Vergl. ausser den oben angeführten Entsch. Bd. XIV., S. 326 u. f.; Bd. XVIII, S. 302; Bd. XXIII, S. 349, 351; Bd. XXXIV, S. 394 und Rechtsgrundsätze des Oberverwaltungsgerichts von Kuntze und Kautz, 1898, Bd. 2, S. 316 u. f.)

Dass die der Polizei durch den § 6 des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 gegebenen Befugnisse über die im § 10 Th. II, Tit. 17 des Landrechts gegebenen nicht hinausgehen, dass insbesondere blosse Belästigungen der Nachbarschaft ein Einschreiten der Polizeibehörden nicht rechtfertigen, sondern nur dann, wenn dadurch die Ordnung, Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Strassen u. s. w. beeinträchtigt wird, und dass das Zwangs- und Verordnungsrecht der Polizei auf den Schutz des Publikums vor Gefahren sich beschränkt, während es auf dem Gebiet der Wohlfahrtspolizei versagt, darüber lassen die vorliegenden zahlreichen Erkenntnisse des Oberverwaltungsgerichts keinen Zweifel (vgl. Entsch. Bd. IX S. 373 und Bd. XXXV S. 382, s. auch Sammlung gerichtlicher Entscheidungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes Beilage III, S. 44 u. f.)

Eine Mitwirkung des Kreisarztes bei der Errichtung nicht genehmigungspflichtiger Anlagen kommt nicht in Frage. In Gemässheit des Erlasses des Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. Februar 1889 wurden die Polizeibehörden in den einzelnen Regierungsbezirken veranlasst, Baugesuche für solche gewerblichen Anlagen, welche nicht unter den § 16 der Gew.-O. fallen, mit Ausnahme der rein handwerksmässigen Betriebe, vorher dem zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten vorzulegen, um möglichst bei der ersten Anlage Fürsorge zu treffen, dass den Forderungen namentlich der §§ 120 a—c Gew.-O. Rechnung getragen wird. Die Baupolizei ist jedoch nicht in der Lage, die von dem

Gewerbeinspektor für erforderlich erachteten Aenderungen dem Unternehmer als Bedingungen vorzuschreiben, sondern sie kann ihn bei Ertheilung der baupolizeilichen Genehmigung nur darauf aufmerksam machen, dass seitens des Gewerbeaufsichtsbeamten diese Forderungen an die fertige Anlage gestellt werden würden. Eine andere Schwierigkeit liegt darin, dass sich bei der Einreichung der Baugesuche vielfach noch garnicht die Art des Betriebes nach Umfang und Einrichtung übersehen lässt.

Nach dem Vorstehenden wird sich die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiet der Gewerbehygiene, unter Ausseracht-lassung der Staatsbetriebe (§ 93 Dienstanweisung), im Wesentlichen auf seine gutachtliche Thätigkeit im Genehmigungsverfahren, weiterhin auf ein geregeltes Zusammenwirken mit den Gewerbeinspektoren und Aerzten gegenüber gesundheitsschädlichen Betrieben im engeren Sinne und drittens auf die Begutachtung gesundheitsschädlicher Einwirkungen gewerblicher Anlagen beschränken, die von ihm seitens der zuständigen Polizeibehörden erfordert werden. Auch in diesem Umfang bedeutet die Mitwirkung der Kreisärzte, in richtiger Weise ausgeübt, einen ausserordentlichen Fortschritt auf dem Gebiet der Gewerbehygiene.

Von einzelnen gewerblichen Anlagen haben ausserdem in der Dienstanweisung für die Kreisärzte besondere Erwähnung erfahren die Schlächtereien (§ 80), bezüglich deren der Kreisarzt die gesundheitspolizeilichen Interessen wahrnehmen soll, und von nicht genehmigungspflichtigen Anlagen die Molkereien (§ 79), die er in Gemeinschaft mit dem beamteten Thierarzt zu beaufsichtigen hat, sowie die Mineralwasserfabriken (§ 81).

Ohne Auftrag und ohne vorheriges Benehmen mit dem Gewerbeinspektor ist der Kreisarzt endlich befugt, in solchen Fällen, wo es sich um Ausbrüche gemeingefährlicher oder übertragbarer Krankheiten handelt, die zu der Betriebsstätte oder dem Betriebe in ursächlicher Beziehung stehen, in gewerblichen Anlagen die erforderlichen Feststellungen zu erheben und entsprechende Anordnungen, bei Gefahr im Verzuge selbständig, andernfalls durch Vermittlung der Ortspolizeibehörde zutreffen. In dieser Hinsicht kommen hauptsächlich Pocken, Milzbrand, Cholera, Pest und Typhus in Frage, deren Einschleppung durch infizirte Hadern und Lumpen, Abfälle aller Art, Rosshaare, Felle, gebrauchte Schiffstaue u. s. w. sowie durch Nahrungs- und Genussmittel (ausländisches Getreide, Milch etc.) erfolgen kann und ein unmittelbares Einschreiten des Kreisarztes nothwendig machen. Hievon abgesehen können auch alle sonstigen übertragbaren Krankheiten, wenn sie gehäuft auftreten und eine ursächliche Beziehung zur Betriebsstätte oder dem Betriebe anzunehmen ist, zu einem gesundheitspolizeilichen Einschreiten des Kreisarztes Anlass geben. Ausser solchen Erkrankungen, die wie Typhus, Ruhr u. a. zum Wasser der Betriebsstätte in ursächlicher Beziehung stehen können, würde hieher auch die Lungentuberkulose gehören, und zwar dann, wenn ein gehäuftes Auftreten unter der Arbeiterschaft darauf hinweist, dass die erforderlichen vorbeugenden Massnahmen ausser Beachtung geblieben sind. Auch bei der Ueberwachung der Verunreinigungen der Wasserläufe durch Zuführung schmutziger oder giftiger Abwässer aus gewerblichen Anlagen u. s. w. kann der Kreisarzt zu einem selbständigen Vorgehen sich genöthigt sehen, sobald Missstände zu seiner Kenntniss gelangen (§ 76 der Dienstanweisung).

Schliesslich wird der Kreisarzt gemäss § 92 der Dienstanweisung auch den hausindustriellen Betrieben und den von hier ausgehenden gesundheitlichen Schädigungen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden haben, wozu ihn die Ortsbesichtigungen sowie die aus Anlass sanitäts- oder medizinalpolizeilicher Verrichtungen auszuführenden Dienstreisen Gelegenheit bieten. Das Wichtigste bleibt auf diesem sozial ausserordentlich schwierigen Gebiet die Beschaffung einwandfreier Unterlagen für die mit den einzelnen Betrieben verbundenen gesundheitlichen Gefahren und weiterhin die Anregung ihrer Verhütung. Es steht zu hoffen, dass die Bestimmungen des neuerdings dem Bundesrath zugegangenen Entwurfs über die gewerbliche Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken bei energischer Durchführung dazu beitragen werden, die körperliche, geistige und sittliche Schädigung des heranwachsenden Geschlechts, die mit dieser Kinderarbeit bisher unzertrennlich verbunden war, mehr und mehr einzuschränken und zu verhüten.*)

Ueber Varicen als Unfallsfolgen.

Von

Dr. **Schwarze**.

Relativ oft tritt an den Gutachter in Unfallverletzungen die Frage heran, ob Krampfadern durch einen Unfall entstanden oder verschlimmert worden sind. Ich muss gestehen, dass ich in jedem dieser Fälle immer recht unsicher gewesen bin und dass ich deshalb dieser Frage schon seit längerer Zeit meine Aufmerksamkeit geschenkt habe. Mein Interesse wurde durch zwei Umstände um so mehr wach gehalten, als ich bei den Angestellten der Strassenbahn recht viel Krampfadern zu sehen bekomme und auch als Frauenarzt häufig genug damit zu thun habe.

Schwach entwickelte Varicen machen ja allerdings wenig Beschwerden und werden für Rentenansprüche wenig in Betracht kommen, aber andrerseits ist es oft auffällig, dass der sichtbare Grad der Entwickelung durchaus nicht der Höhe der geklagten Beschwerden proportional zu sein braucht. Ausserdem muss man sich doch auch vom Gesichtspunkte des Unfallgutachters sagen, dass die gering entwickelten Krampfadern sich mit zunehmendem Alter verschlimmern und dann Grund zu Entschädigungsansprüchen werden können.

Ferner ist der mir vorgekommene Fall zu berücksichtigen, dass alle übrigen Unfallsfolgen z. B. eines Unterschenkelbruchs, verschwunden sein können und nun die Frage auftritt, ob die Rente abgesetzt werden kann oder die natürlich nicht verschwindenden Krampfadern dauernd einer Entschädigung bedürfen.

Stark entwickelte Krampfadern machen nicht nur durch sich selbst, sondern noch mehr durch ihre Folgenzustände, die Eczeme, Geschwüre, Schmerzen und Schwäche der befallenen Extremität so hohe Beschwerden, dass sie bei älteren Leuten einen hohen Grad von Erwerbsunfähigkeit bedingen können.

Wenn dann in diesem Stadium noch die Frage des Zusammenhanges mit einem Unfall aufgeworfen wird, dann gehört die Beantwortung derselben zu den schwierigsten des gewissenhaften Gutachters!

Die Entstehung der Krampfadern ist noch nicht in allen Punkten aufgeklärt! Wenn man auch die frühere Theorie der Entstehung allein durch Blutstockung und Stauung in den Venen als ganz beseitigt annehmen muss und die neueren histologischen Arbeiten aktive Wachsthumsveränderungen an den Blutgefässen mit Sicherheit bewiesen haben, so sind die feinsten Vorgänge des Beginns und der Art dieser Veränderungen noch nicht in übereinstimmender Weise geklärt. Ich verweise aus der neueren Literatur über diesen Gegenstand auf die Arbeiten von Menahem Hodara (aus Unnas Institut) in der Monatsschrift f. Dermatologie 1898; Scham-

*) Im ersten Theil dieses Aufsatzes findet sich ein sinnentstellender Druckfehler. S. 67, linke Spalte, Z. 7 muss es heissen: „Die Zusammensetzung der Rückstände der Fabriken und der Fabrikabwässer“ etc.

bacher: Aetiologie der Varicen, Deutsche Zeitschrift f. Chir.; Janni: Die feineren Veränderungen der Venen bei Varicen, Langenbeck's Arch. Bd. 61, ohne näher auf sie eingehen zu können.

Dass jedoch die Blutstauung bei der Entstehung dieser Prozesse eine gewisse Rolle spielen muss, halte ich dadurch für bewiesen, dass ich unter den vielen hunderten der Fahrer und Schaffner der Strassenbahn kaum Einen kenne, der nicht nach etwa 10 jähriger Dienstzeit Krampfaderprozesse hat. Auch aus anderen Berufen, die mit andauerndem Stehen verbunden sind, zu dem allerdings bei der Strassenbahn noch die dauernde kleinwellige Erschütterung kommt, sind ja ähnliche Erfahrungen längst bekannt.

Ich denke mir mit anderen Autoren den Einfluss des dauernden Stehens und der dadurch bedingten Blutstockung so, dass diese das schädigende Moment abgeben, welches zuerst zu einer Schwächung der Gefässwand und damit zu einer reaktiven Hyperplasie der Elemente derselben führt.

Als ich mich nun in der Literatur der Unfallsheilkunde über die mich beschäftigende Frage des Zusammenhangs der Varicen mit Unfällen zu orientiren suchte, war ich zunächst recht enttäuscht. Die Bücher von Thiem und Golebiewski enthalten darüber eigentlich Nichts und auch die zweite Auflage des Becker'schen Lehrbuchs fertigt die Sache mit einigen allgemeinen Zeilen ab. Die neue Auflage beschäftigt sich eingehender mit der Frage, aber doch nicht erschöpfend und in einer Form, dass Jemand, der sich für einen konkreten Fall belehren will, jedenfalls nicht auf seine Kosten kommen wird.

Am klarsten und bestimmtesten ist die Arbeit von Paul Wagner-Ostritz über unseren Gegenstand in No. 11, 1899 dieser Zeitung. Sie stammt aus der Poliklinik Professor von Lessers, der durch seine hierhergehörigen Arbeiten über den Zusammenhang zwischen Krampfadern, Plattfuss und Schweissfuss sicher einer der kompetentesten Kenner ist. Wie der allgemeine Theil dieser Arbeit Allen zu empfehlen ist, die sich über diese Fragen orientiren wollen, so sind auch die Schlüsse, die Wagner zusammenfasst, ohne Weiteres zu unterschreiben.

Ich setze sie hierher, weil sie mit meinen Erfahrungen übereinstimmen, aber ich bin genöthigt, sie noch zu erweitern und noch andere Folgerungen zu ziehen, welche, soweit ich weiss, bisher noch nicht gezogen worden sind. Ich habe nämlich seit Jahren versucht, Fälle von Krampfadern, die ich nach Unfällen gesehen habe, weiter zu beobachten und zu sehen, was daraus geworden ist und ich glaube, dass darin der Werth meiner Beobachtungen, die ich unten anführen werde, liegt. Es ist in diesen Fällen die Kontinuität von der ursprünglichen Verletzung an bis zur Entwickelung definitiver Unfallsfolgen mit Krampfadern z. Th. durch mehrere Jahre hindurch zu verfolgen, also ein Zweifel des Zusammenhanges mit dem Unfall nicht gut möglich.

Wagner's Schlüsse sind folgende:

1. Varicen als solche können durch ein Trauma nicht entstehen.

2. Vorhandene Varicen können die Folgen eines Unfalls schwerer gestalten.

3. Vorhandene Varicen können durch die bei der Behandlung nothwendigen therapeutischen Massnahmen in ihrer Entwickelung beschleunigt werden.

Hierunter versteht Verfasser, dass durch längere Bettruhe oder Kontentiv-Verbände in der betroffenen Muskulatur durch die Verlangsamung der Zirkulation ein Zustand von Inaktivitätsatrophie hervorgerufen wird. Bestehen nun bereits Varicen in der Muskulatur, die gleichfalls zur Atrophie derselben führen, so wird sich unter diesen Umständen dieselbe um so schneller und intensiver einstellen.

4) Die durch den Unfall beschleunigte Entwickelung der Varicen begünstigt in geeigneten Fällen die Entstehung des Plattfusses (seltener des Schweissfusses).

5. Bei der Beurtheilung des durch einen Unfall verursachten körperlichen Schadens resp. bei der Feststellung der Höhe der Erwerbsunfähigkeit nach einem Unfalle dürfen vorhandene oder nach dem Unfalle im Verlaufe der Krankheit entstandene Varicen nicht etwa in Abzug gebracht werden, sondern müssen im Gegentheil als die Folgen des Unfalls erschwerende Momente in Betracht gezogen und in entsprechender Weise gewürdigt werden.

Als Typus für derartige Fälle möchte ich folgenden kurz hierher setzen:

W., Arbeiter, langer magerer Mann mit schlechter Muskulatur. 19. Februar 1896 Bruch oberhalb beider Knöchel. 22. Mai bei Entlassung aus dem Krankenhause keine Varicen. 25. August 1896 bei Entlassung aus der medico-mechanischen Behandlung undeutliche Krampfadern am verletzten Unterschenkel; beginnt zu arbeiten.

26. November 1896 stärkere Entwickelung der Varicen.

12. Mai 1897 sehr starke Varicen.

27. Mai 1898 so hochgradig entwickelte Varicen, dass der Mann behauptet, nur noch wenig im Stehen und Gehen arbeiten zu können.

Wagner spricht in seinen Folgerungen immer nur von Verletzungen, durch welche 1. die Varicen sich an dem verletzten Beine entwickelt haben und 2. durch welche das später varicös entartete Glied direkt getroffen worden ist.

Ich bin aber in der Lage

1. Fälle aufzuweisen, in denen der Unfall gar keine direkte Verletzung der Theile eines Beins bewirkt hat, an denen sich nachher allmählich die Varicen einfanden!

Derartige Beobachtungen sind folgende:

a) J., 51 jähriger Arbeiter, sehr kräftig, stürzt mit einer Leiter zusammen von ca. 5 m Höhe, kommt aber auf seine Füsse zu stehen. Keine äussere Verletzung; liegt fünf Wochen und nimmt dann leichte Beschäftigung auf. Drei Monate nach dem Unfall rechts Varicen vom Fuss bis zum Oberschenkel mit erheblichen Beschwerden, links keine Spur von Varicen; giebt mit Bestimmtheit an, früher nie etwas von Varicen an seinem Beine gesehen und nie Beschwerden gehabt zu haben.

b) Rollkutscher F., 48 Jahr alt, hat die letzten 15 Jahre als Rollkutscher die schwerste Arbeit geleistet und auch dabei die üblichen hohen Stiefel getragen. Am 30. März 1897 Quetschung beider Kniee durch auffallende Kisten. Hämarthros des einen Knies durch Punktion entleert, liegt bis 13. Mai. Zu diesem Zeitpunkt hochgradigste Varicen mit Braunfärbung der Haut und Eczemen, hartem Oedem der Sprunggelenke. Unfähig zu jeder schweren Arbeit.

c) Arbeiter S., am 22. Februar 1897 Fall auf das rechte Knie auf einer Treppe. 14 Tage Bettruhe. Als unmittelbare Unfallsfolge nur geringer Erguss und am 15. Mai nur noch etwas Kapselverdickung. Am linken Bein sollen schon vor dem Unfall Varicen bestanden haben, am rechten aber nicht. Drei Monate nach dem Unfalle unterhalb des rechten Knies ein daumendicker Varix mit beginnender Verhärtung der Wand und erheblichen Beschwerden.

2. habe ich drei Fälle beobachtet, in denen Varicen am anderen, gar nicht vom Unfall betroffenen Beine entstanden sind bezw. sich so verschlimmert haben, dass ich sie ebenfalls als Unfallsfolgen ansprechen und bei der Rentenfeststellung mit in Betracht ziehen musste.

a) Arbeiter F., am 26. Juli 1900 offener Quetschbruch des rechten Schienbeins, am 29. Oktober extra notirt „links geringe Krampfadern, rechts noch Oedem, daher kein sicheres Ergebniss bezüglich Krampfadern". Am 12. Februar 1901 links starke Krampfadern, auch rechts geringere.

b) Streckenarbeiter F., 31 Jahr alt, am 13. August 1898 Quetschung des rechten Oberschenkels mit folgender Eiterung, Inzisionen und vierwöchiger Bettlage. Am 16. September 1898 Inzisionen vernarbt, keine Varicen. Am 3. November 1898 Varicen am linken Unterschenkel, rechts keine sichtbaren. Am 3. Februar 1899 Varicen links ziemlich stark, rechts einige Andeutungen.

c) W., Offiziersaspirant. Mitte 1899 rechter Oberschenkelbruch, der ideal heilt, keine Varicen. Mitte 1900 links starke Varicen, rechts kaum Andeutungen.

Wie muss man sich in diesen Fällen die Ursachen der Varicenbildung vorstellen? Es ist bekannt, dass für den Rückfluss des venösen Blutes die Muskelbewegungen eine sehr erhebliche Rolle spielen! Bei einem längeren Krankenlager fehlen diese natürlich grösstentheils und der Tonus der Muskulatur im Allgemeinen, speziell aber auch der Gefässmuskeln leidet erheblich. Ferner wird beim Aufstehen selbstverständlich für eine gewisse Zeit das erkrankte Bein geschont und das gesunde überanstrengt durch stärkeres Stützen auf dasselbe. Alle diese Umstände vermehren die Schwächung der Gefässmuskeln, bedingen eine gewisse Stockung des Blutstromes und führen durch die uns noch unbekannten Ursachen zu den erst passiven, dann aktiven Veränderungen, welche man dann schliesslich als Krampfadern bezeichnet.

Voraussetzung für diese Entstehungsart ist natürlich ein längeres Krankenlager, während sie für ein nur kurzes nicht zutrifft, und deshalb möchte ich von vornherein für alle die Fälle, in welchen Varicen nach einem kurzen Krankenlager aufgetreten sein sollen, grosse Bedenken geltend machen! Ich habe keine Fälle beobachtet, in denen etwa nach Verletzungen anderer Körpertheile als der Beine Varicen bei einem langen Krankenlager entstanden sind, also z. B. nach Brustquetschungen, Kopfverletzungen u. s. w., aber theoretisch könnte ich mir nach meinen oben entwickelten Ansichten sehr wohl eine derartige Entstehung denken!

Wann man ein Krankenlager als „langes" bezeichnen soll, ist natürlich nicht in absoluten Zahlen auszudrücken. Eine kräftige Muskulatur eines jungen Mannes, mit gesunden Blutgefässen, wird ohne erhebliche Schädigung ein sehr viel längeres Krankenlager aushalten, als die schlaffe Muskulatur eines älteren Alkoholikers mit schon geschädigten Blutgefässen. Nach diesen Gesichtspunkten muss man in jedem einzelnen Falle die Entscheidung treffen!

Es taucht natürlich die weitere Frage auf, bis zu welchem Zeitraum nach einer Verletzung man denn später entdeckte Varicen mit derselben noch in ursächlichen Zusammenhang bringen soll? Ich kann mir z. B. folgenden Fall denken: Ein Mann mittlerer Jahre zeigt etwa drei Jahre nach einem Beinbruch, der etwa zwei Jahre lang eine Rente erforderte, Varicen vom früher verunfallten, jetzt aber sonst wieder gesunden Beine. Sind diese nun noch Unfallsfolgen oder wären sie auch ohne den Unfall entstanden? Noch schwieriger wird die Frage, wenn die Varicen nicht am verunfallten sondern am anderen Beine auftraten! Trotz vieler Ueberlegung bin ich zu einer einfachen und absoluten Beantwortung dieser Frage nicht gekommen. Ich glaube aber doch, dass man im Spezialfall durch folgende Erwägungen sich leiten lassen kann. Es ist doch von vornherein sehr unwahrscheinlich, dass diese Zustände, die eine dauernde Schädigung bezw. Veränderung der Gefässe darstellen, sich nicht schon zu einer Zeit gezeigt haben sollten, in der die Schwächung am stärksten war, also bald nach dem Aufstehen vom Krankenlager bezw. in den ersten Perioden der wieder aufgenommenen Arbeit. Dass sie also nicht erst auftreten, wenn sich die Muskulatur schon wieder gekräftigt bezw. sich wieder hergestellt hat. Ich weiss allerdings sehr wohl, dass tiefe Varicen sehr lange gar nicht zu diagnostiziren sind, so lange sie noch in der Muskulatur sitzen, aber andererseits sind dann doch wohl immer wenigstens einzelne derartige Bildungen auch in der Haut zu erkennen. Ohne deshalb auch hier ein bestimmtes Zeitmass feststellen zu können, wird man doch sagen müssen, dass, wenn mehrere Jahre lang nach einem Unfall, der im Uebrigen keine weitere Folgen hinterlassen hat, sich keine Varicen gezeigt haben, spätere nicht mehr als Unfallsfolgen aufzufassen sind.

Bestehen noch nach Jahren Unfallsfolgen an einem Beine, welche Schwächezustände desselben bedingen, also z. B. Muskelschwund, Hinken, Verkrümmungen etc., etc. so wird man auch nach längeren Zeiträumen auftretende Varicen als Verschlimmerungen des Unfalls ansehen müssen.

Aus diesen Ueberlegungen folgt die praktische Konsequenz, bei jeder Beinverletzung eine Notiz über etwa vorhandene Krampfadern aufzunehmen und bei jeder späteren Untersuchung bis zum Eintritt definitiver Verhältnisse wieder auf diesen Punkt zu achten, sodass die Kontinuität festgestellt werden kann, die auch bei späterer Beurtheilung dann die Schwierigkeiten aufheben wird.

Ich fasse mich zu folgenden Schlüssen zusammen:

1. Die Folgerungen Wagners muss man festhalten und voll anerkennen.

2. Man muss die Wahrscheinlichkeit zugeben, dass Varicen auch Unfallsfolgen sein können, wenn gar keine **direkte** Verletzung am Unter- oder Oberschenkel gesetzt worden ist.

3 Varicen können nach Verletzungen eines Beines auch am **Anderen** entstehen, bezw. können sich an diesem Beine schon bestehende Varicen so verschlimmern, dass sie bei der Rentenabschätzung berücksichtigt werden müssen.

Bedingung dabei ist, dass die Verletzung ein längeres Krankenlager veranlasst hat, welches für die Schwächung des gesunden Beines verantwortlich gemacht werden kann. **Ohne** ein solches ist der Zusammenhang sehr zweifelhaft.

4. Nach **jeder** Beinverletzung muss der Gutachter auf etwa vorhandene Varicen oder auf Anlage dazu an **beiden** Beinen achten und den Befund verzeichnen. Bei jeder späteren Untersuchung ist dies zu wiederholen.

5. Varicen, welche erst auftreten, nachdem alle anderen Unfallsfolgen verschwunden und normale Verhältnisse wieder eingetreten sind, kann man nicht mehr als Unfallsfolgen ansehen.

6. So lange noch nach einem Unfalle Folgen bestehen, die eine Schwächung des kranken und somit eine Ueberanstrengung des gesunden Beines bedingen, wird man auch nach Jahren entstehende Varicen als Verschlimmerung der Unfallsfolgen ansehen müssen.

Aus dem Stadtspital in Banjaluka (Bosnien).

Bericht über Bauchwandbrüche nach Ochsenhornstoss, zugleich ein Beitrag zur Volksmedizin in Bosnien.

Von

Dr. Ignaz Knotz,

Leiter des obigen Spitales.

Die nachfolgenden zwei Fälle, welche bei gemeinsamer Aetiologie auch manche Aehnlichkeit im Verlaufe zeigen, eignen sich zufolge interessanter Einzelheiten des Befundes und Verlaufes zu einer kurzen Mittheilung.

I. Prot. No. 959/1895.

Todora Z., 40 Jahre alt, aus Petricevac bei Banjaluka, erhielt um den 20. Juni 1895 einen heftigen Ochsenhornstoss gegen die rechte Bauchhälfte, wo sich in Nabelhöhe auf der Haut zwar ein Quetschungszeichen, jedoch keine Perforation fand; gleichzeitig wurde aber die darunterliegende Bauchmuskulatur circa guldengross derart stumpf durchtrennt, dass sich ein kindskopfgrosses Darmkonvolut durch die Muskellücke unter die Haut vordrängte und in dieser Lage nun auch verblieb.

Status bei der Spitalsaufnahme am 22. Juli 1895: Schwächliches, elend genährtes Weib mit welken, schlaffen Hautdecken; Puls sehr schwach, Temperatur 38,2.

Auf der rechten Bauchhälfte wölbt sich in Nabelhöhe eine kindskopfgrosse Geschwulst vor; unter der schlaffen Haut kann man aus den peristalischen Bewegungen und den Konturen geblähte Darmschlingen erkennen, deren Inhalt sich durch die guldengrosse Bruchpforte zwar bauchwärts zu ausdrücken lässt, welche aber selbst mit der Haut und untereinander derart verwachsen sind, dass ihre Zurückdrängung in die Bauchhöhle nicht gelingt.

Der Unterleib im Uebrigen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Kein Einklemmungszeichen.

Die seit dem Unfall bestehende Stuhlträgheit wird durch Oeleingiessungen behoben. Danach am 23. und 24. Juli normale Temperaturen.

Den Vorschlag, nach Besserung des Allgemeinbefindens die Radikaloperation vornehmen zu lassen, beantwortet P. mit dem sofortigen Austritt aus dem Spitale (24. Juli 1895).

II. Prot. No. 587/1901.

Janja P., 30 Jahre alt, aus Becac, Bezirk Banjaluka, wollte am 15. Juli 1901 Abends einen kräftigen Ochsen mit einem Seil, das ihm schon um die Hörner geschlungen war, an einen Pflock fesseln. Das hierüber aufgebrachte Thier rannte nun der nur mit einem Hemd bekleideten Frau ein Horn in den Unterleib, hob sie damit in die Höhe und schleuderte sie angeblich in einem Bogen circa 5—6 m weit von sich weg, so dass sie auf den Rücken auffiel. Als sie sich aufsetzen wollte, bemerkte sie, dass aus einer Risswunde, die vom Schamhügel nach links und oben verlief, ein mannskopfgrosses Konvolut von Därmen vorgefallen war; sie erbrach mehrmals und musste nach Hause getragen werden.

Da ärztliche Hilfe, wenn sie überhaupt erreichbar gewesen wäre, in dem einsamen, weit abgelegenen Dorfe frühestens erst in 1—2 Tagen hätte eintreffen können, so berathschlagten nun die Angehörigen und Nachbarn über das weitere Vorgehen. Man war, eingedenk früherer ähnlicher Fälle, bald darüber einig, dass die Frau sterben müsste, wenn die Därme bis zum nächsten Morgen unbedeckt blieben und entschloss sich daher, die Haut über den Därmen zu vernähen.

Ein Schwager der Verletzten und eine Nachbarin reinigten sich nun die Hände, der Schwager fettete die Finger mit Schweinefett ein und brachte die Därme mit möglichster Schonung in die Bauchhöhle zurück, während die Nachbarin bei Lampenlicht $^1/_2$ Stunde nach der Verletzung mit gewöhnlicher Nadel und schwarzer Seide die circa 12 cm lange Risswunde der **Haut** durch Nähte verschloss. Hierauf wurde die Wunde mit Speck bestrichen, dann ein in Fett ausgebackenes Eiklar auf die Nahtlinie gelegt und ein Verband gemacht.

Pat. erbrach noch durch 2 Tage und konnte nichts zu sich nehmen, erst am 4. Tag nahm sie etwas Milch, welche laut Vorschrift nun durch einen Monat ihre einzige Nahrung bildete. Am 4. Tage erfolgte der erste Stuhlgang, seither jeden 2. Tag eine Darmentleerung.

Der Verband bestand vom 2. Tage an aus aufgelegten Kräutern. Die Naht heilte unter Eiterung, die Nähte stiessen sich hierbei ab. Zu Auftreibung oder Druckempfindlichkeit des Bauches kam es während des ganzen Verlaufes nicht.

Nach einem Monat durfte die Pat. zum ersten Mal aufstehen, hierbei bemerkte sie, dass ihre Gedärme „nicht ordentlich drinnen" waren, es kam ihr vor, „als ob die Gedärme herausfallen wollen", auch wurden die Zwischenräume zwischen den einzelnen Stuhlentleerungen immer grösser (3—5 Tage); sie suchte daher das Stadtspital auf, wo eine circa 12 cm lange von der Symphyse parallel mit dem l. Poupartschen Bande nach oben und aussen ziehende, in ihrem oberen Theile bewegliche, in ihrem unteren Theile fixirte, 1—2 cm breite Narbe vorgefunden wurde, an welche sich über der Symphyse eine quergestellte noch granulirende 3 bis 4 cm lange, 1—3 cm breite Wundfläche anschloss.

Darunter sind deutlich zwischen den dünnen Hautdecken und den Bauchmuskeln die Konturen eines kindskopfgrossen Darmkonvolutes zn sehen, welches zwar selbst irreponibel ist, dessen Inhalt aber unter Gurren sich bauchwärts drücken lässt. Unter dem oberen Ende der Narbe fühlt man in der Bauchmuskulatur eine über guldengrosse Oeffnung.

Im Uebrigen bot die grosse, gut genährte, kräftige Frau normalen Befund bis auf eine Grovidität in den ersten Monaten.

Nach Ueberhäufung der granulirenden Wundfläche und nach Ueberwindung verschiedener äusserer Schwierigkeiten konnte ich am 19. Oktober 1901 unter Assistenz des Herrn Dr. Pravdic zur Radikaloperation schreiten.

In Kokainanaesthesie wurde teils im Gebiete, teils ausserhalb der Narbe ein 12 cm langer Hautschnitt angelegt und noch 8 cm über die Narbe hinaus verlängert.

Wir hatten gehofft, dass sich die bestehenden Verwachsungen der Darmschlingen mit der Umgebung und untereinander ziemlich leicht und zumeist stumpf werden lösen lassen; leider waren die Verwachsungen der circa 80 cm langen Schlinge zumeist so derb, dass sie nur mit Messer oder Scheere gelöst werden konnten, wobei wir trotz aller Vorsicht wiederholt in die Muskelschichten des Darmes gelangten.

Nach mühevoller Lospräparirung wurden dann die tiefer lädirten Darmwandtheile eingefaltet und übernäht, der ganze Darm in die Bauchhöhle reponirt und die Bauchmuskelöffnung nach Anfrischung schichtenweise fest vernäht. Nach Verkleinerung der übermässig gedehnten Hautdecken Naht und Verband; 8 Tropfen Tinct. opii.

Abgesehen von geringen Temperatursteigerungen in den ersten 2 Tagen fieberloser Verlauf. Am 25. Oktober 1901 trat Abortus ein, seither keine weitere Störung. Der Stuhlgang erfolgt seit der Operation ohne Laxans regelmässig, subjektiv und objektiv ist das Befinden sehr zufriedenstellend, sodass Pat. am 19. November 1901 mit fester Narbe, an Stelle des geheilten Bauchbruches, entlassen werden konnte.

Laut eingelangten Berichten befindet sich die Frau dauernd wohl.

Wie ein Rückblick auf die eben mitgetheilten Fälle lehrt, kamen beide durch Ochsenhornstoss zu Stande, eine hier zu Lande relativ häufige Aetiologie von Verletzungen.

Dass, wie in Fall I, die schlaffe, äusserst dehnbare Haut sich wie ein Handschuhfinger der Hornspitze anlegte, ohne zu reissen, während die Bauchmuskeln auseinanderwichen, dürfte nicht sehr häufig beobachtet worden sein und daher die Gerichts- und Unfallärzte interessiren.

Im Falle II bestand wohl eine Hautwunde mit Eröffnung der Bauchhöhle, sie wurde aber vernäht und von da ab ist eigentlich der Verlauf beider Verletzungen recht ähnlich.

Es bildete sich zwischen Haut und Muskelschicht zwar keine echte Hernie, aber doch eine Vorlagerung von Därmen, welche in Folge entzündlicher Verklebungen und später immer derber und inniger werdender Verwachsungen irreponibel wurde und nebst Schmerzen, hauptsächlich Störungen der Darmentleerung verursachte, Störungen, welche im Falle I zu schwerer Entkräftung führte, im Falle II jedoch durch die Radikaloperation vollkommen und dauernd behoben wurde. Es verlohnt sich, noch einen Blick auf die Behandlung der zweiten Verletzung seitens der bosnischen Landleute zu werfen.

Wer Freude an der Geschichte der Medizin hat, für den bietet ja überhaupt Bosnien ein interessantes Nebeneinander von modernem ärztlichen Handeln und ursprünglicher, auf vielhundertjähriger Ueberlieferung beruhender Volksmedizin, welche sich in der jahrhundertlangen, ärztelosen Zeit in gewissen Theilen des Landes ausgebildet hat. Namentlich die Wundbehandlung (Belassung unter dem Blutschorf oder Verband der Wunde mit ausgebackenem Eiklar oder mit ausgeglühtem Holzkohlenpulver, der Granulationen mit gewissen Blättern, praktische Schienenverbände bei Knochenbrüchen, Diätvorschriften u. s. w.) sticht vortheilhaft von Verbänden mit allerlei ekelhaften Dingen ab, die ich in alten Kulturländern auf Wunden sah.

Der rasche Entschluss, vollends die vorgefallenen Därme wenigstens mit Haut zu bedecken, „weil ein längeres Freiliegen den Tod der Verletzten zur Folge hätte", ferner die Wundnaht mit Seide, der Verband, die Diät, die Anordnung von langer Bettruhe, Alles spricht für gute Beobachtung früherer Fälle und Verwerthung der gemachten Erfahrungen.

Wenn man auch die operirenden Bauern nur mit dem Hinweise auf die Unmöglichkeit, ärztliche Hilfe genügend rasch zu beschaffen, entschuldigen könnte, so muss doch zugegeben werden, dass durch das eben geschilderte Vorgehen das Leben der Verletzten gerettet wurde.

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von Luxatio claviculae sternal. duplex congenita.

Von Prof. F. Klaussner-München.

(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 29.)

Die Verbildung hindert die 14jährige Patientin in keiner Weise an der Verrichtung jeglicher häuslicher Arbeit.

Seelhorst.

Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände.

Von Dr. W. Körte und Dr. J. Herzfeld.

(Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 63, H. 1.)

Im Allgemeinen gehört die Behandlung der Anfangsstadien des Magengeschwürs dem Bereiche der inneren Medizin an, während der Chirurg in dieser Zeit nur ausnahmsweise Veranlassung hat, einzuschreiten, sein Gebiet sind die Folgezustände, welche sich im Spätstadium der Erkrankung zeigen.

Die Hauptindikation für einen chirurgischen Eingriff wird stets durch die Pylorusverengerung in Folge schrumpfender Narben und die daraus entstehende Magenerweiterung gegeben. Auch eine Pylorusstenose durch vernarbte oder noch theilweise offene Geschwüre kann eine Indikation abgeben, etwas seltener geben offene Geschwüre dadurch Anlass zur Operation, dass sie trotz fortgesetzter innerer Behandlung nicht heilen. Ebenso, wie die Narben der Schleimhaut, können auch Adhaesionen der serösen Magenoberfläche, welche durch Fixation des Organes lebhafte Beschwerden machen, eine operative Lösung erfordern. Die Perforation des Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle oder im günstigeren Falle in den subphrenischen Raum ist unbedingt eine Indikation zur sofortigen Operation.

Ein Vergleich zwischen den Resultaten der internen und chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs ist nicht statthaft; denn der chirurgische Eingriff bleibt stets für den Rest der Fälle reservirt, welche der internen Medikation widerstehen. Der langsame Vernarbungsverlauf bedingt, dass mancher Fall, der aus der internen Behandlung als geheilt entlassen wird, nach Jahr und Tag erst seine Stenose bekommt und dann erst dem Messer des Chirurgen verfällt. Auf Körtes Abtheilung wurden in 10 Jahren 38 Fälle wegen gutartiger Pylorusstenose resp. Magengeschwürs operirt, davon betrafen 20 männliche, 18 weibliche Kranke, obwohl sonst bestimmt mehr Weiber wie Männer an Magengeschwüren leiden.

Als Ursache des Magengeschwüres war einmal ein Trauma anzuschuldigen, der Kranke war aus einer Höhe von 3 Meter auf eine Brettkante aufgeschlagen, bei der Operation fanden sich starke perigastritische Adhaesionen in der Pylorusgegend, die eine Pylorusstenose hervorriefen. In drei Fällen hatten durch das Trinken ätzender Flüssigkeiten Geschwürsbildung und Narbenschrumpfung am Pylorus stattgefunden, in einem Falle hatte eine Cholelithiasis mit starker Pericholecystitis zur narbigen Pylorusverengerung geführt. Nur in 18 von den operirten Fällen bestand zur Zeit der Operation noch ein offenes Geschwür, in den übrigen Fällen hat nur die Narbenschrumpfung zur Verengerung des Lumens geführt.

Die Dauer des Leidens war bei den Meisten eine sehr beträchtliche, bei Manchen bis zu 20 und 30 Jahren, die Ernährung hatte bei allen Kranken stark gelitten, einige zeigten sehr hohe Grade der Inanition, Magenschmerzen und Erbrechen fehlten fast bei keinem, Haematemesis oder Blutabgang mit dem Stuhle hatten bei 18 Kranken zu verschiedener Zeit stattgefunden. Es bestand eine Stenose des Pylorus und Dilatation des übrigen Magens 32 Mal bei den 38 Fällen; Stenose ohne erhebliche Dilatation wurde nur 3 Mal gefunden und dies bei jugendlichen Kranken. Bei vier Patienten bestand neben der Dilatation eine mehr oder weniger starke Gastroptose, die kleine Kurvatur zeichnete sich in Nabelhöhe ab, die grosse reichte bis zur Spinallinie.

Die Diagnose ist in den typischen Fällen leicht zu stellen aus der Anamnese, dem Erbrechen, den Schmerzen nach der Nahrungaufnahme, der Dilatation des Magens und aus deutlicher oder verstärkter Salzsäure-Reaktion. Beim Fehlen der Dilatation kann es schwierig sein, eine „nervöse Dyspepsie" auszuschliessen. Blutbrechen ist ein sehr wichtiges Symptom für die Ulcusdiagnose, ihr Fehlen beweist aber nichts gegen das Vorhandensein eines Geschwüres. Die Hauptindikation zur Operation hat in Körtes Fällen die Pylorusverengerung gegeben, welche sich meist durch copiöses Erbrechen und den Nachweis der motorischen Insuffizienz dokumentirte. Sobald hierdurch ein mechanisches Hinderniss festgestellt war, lag die strikte Indikation vor, durch eine Operation das Hinderniss zu beseitigen; denn eine Magendilatation in Folge narbiger Verengerung ist durch innere Mittel nicht heilbar. Eine relative Indikation zur Operation können aber hochgradige Ulcusbeschwerden allein geben, wenn das Geschwür am Pylorus sitzt und beim Passiren des Mageninhaltes jedesmal zu krampfhaften Schmerzen Veranlassung giebt.

Häufig sich wiederholende kleinere Blutungen, die allmählich das Bild einer chronischen Anaemie hervorrufen, sind eine

absolute Indikation zur Operation, einmalige copiöse Blutungen bieten dagegen nur mässige Chancen für eine lebensrettende Operation, weil es sich dabei meist um tiefgreifende, in die Nachbarorgane eingedrungene, ulzeröse Prozesse handelt.

Bei Perforationen des Magens muss sobald wie irgend möglich operirt werden, ohne Rücksicht auf den Shok, denn die Reinigung der Bauchhöhle ist das beste Mittel gegen den Shok.

Der Normaleingriff bei den Folgezuständen des Magengeschwüres ist die Anlegung der Magendarmfistel, die Körte jetzt meist nach der Hacker'schen Methode ausführt. Auch da, wo wegen andauernder und hochgradiger Ulcusbeschwerden, wegen Schmerzen und häufigeren kleineren Blutungen operirt werden muss, ist die Resektion nur in selten Fällen ausführbar, dann allerdings die radikalere, aber auch eingreifendere Behandlung.

Häufiger kommt auch dort die Gastroenterostomie in Betracht, welche die Heilung des Magengeschwüres mächtig unterstützt. Noch mehr wird man für die ungefährlichere Gastroenterostomie dadurch bestimmt, dass in den Fällen, in denen Hyperacidität weiter besteht, selbst trotz vorausgegangener Resektion des Ulcus, Rezidive im Magen und Jejunum nicht ausgeschlossen sind. Stabel.

Ueber den Shok, namentlich nach Kontusionen des Bauches.

Von Dr. Seliger, Kreiswundarzt in Schmiedefeld.

(Prager medizinische Wochenschrift, 1900 und 1901, Sep.-Abdr.)

S. macht mit Unterstützung eines umfangreichen Literatur-Materials den verdienstvollen Versuch, das dunkle Gebiet des traumatischen Shoks weiter einzuengen. Er spricht für einen Theil derjenigen Fälle, in denen der Tod kürzere oder längere Zeit nach einer stattgehabten Bauchkontusion auftrat, ohne dass sich den Tod genügend erklärende Veränderungen an den Baucheingeweiden auffinden lassen, eine akute peritoneale septische Infektion als Todesursache an. Diese zeigt an der Leiche nicht den typischen Befund einer septischen Peritonitis; die Virulenz ihrer Erreger war vielmehr eine so immense, dass der Tod eintrat, bevor das Bauchfell auf den Entzündungsreiz reagiren konnte.

Verfasser unterzieht eine grössere Anzahl einschlägiger in der Literatur niedergelegter Krankengeschichten mit Sektionsbefund einer eingehenden Kritik und kommt zu dem Schluss, dass nicht, wie von den betreffenden Autoren angenommen, der Shok oder etwa vorgefundene Blutungen den Tod herbeiführten, sondern die peritoneale Infektion. Die Unterscheidung dieser drei Krankheitszustände unter einander ist intra vitam oft ausserordentlich schwer, da sie in ihren wesentlichsten Punkten (Schmerzen im Leib, Erbrechen, Meteorismus, Störungen des Bewusstseins, Facies Hippocratis, Puls, Temperatur) dasselbe Bild zeigen können. Es kommt noch hinzu, dass einerseits die Erscheinungen des Shoks sich zuweilen erst mehrere Stunden nach stattgehabtem Trauma einstellen, andererseits das Auftreten ausgesprochener Peritonitissymptome in einzelnen Fällen bereits nach $1^1/_2$ Stunden beobachtet worden ist. Im Anschluss an die Verletzung gelangen die Bakterien in vielen Fällen durch eine Zerreissung der Darmwand in die Bauchhöhle. Man wird bei der Sektion häufig in der Lage sein, diese Oeffnung aufzufinden und hierdurch veranlasst werden, sein Augenmerk besonders auf die Peritonitis zu richten. Es kann jedoch leicht vorkommen, dass ein ganz geringfügiger Riss, welcher vielleicht schon verklebt ist, der sorgfältigsten Durchmusterung des Darmkanals entgeht.

Aber auch die nicht perforirte Darmwand, welche bekanntlich in gesundem Zustande für die Bakterien und die chemischen Giftstoffe undurchlässig ist, kann, ohne dass makroskopisch nachweisbare Veränderungen auftreten, den Durchtritt von Mikroorganismen in die freie Bauchhöhle gestatten. Die Verhältnisse, unter denen eine solche Durchwanderung der Darmwand stattfinden kann, werden vom Verfasser eingehend geschildert. Sie entziehen sich kurzer Berichterstattung und müssen im Original nachgesehen werden.

Da, wie erwähnt, pathologisch-anatomische Veränderungen in der Bauchhöhle bei peritonealer Sepsis völlig fehlen können, so kann man nur wünschen, dass der Aufforderung des Verf., in geeigneten Fällen die Oberfläche des Peritoneums, besonders die Darmschlingen abzuschaben und die gewonnenen Massen auf Mikroorganismen zu untersuchen, in weitem Umfange nachgekommen wird. So ist zu hoffen, dass mancher dunkler Todesfall, welcher bisher dem Shok zugeschrieben wurde, eine befriedigendere Aufklärung erfährt. Die Entnahme des Materials hat möglichst bald nach dem eingetretenen Tode zu erfolgen, da bereits nach 10 Stunden die ganze Darmwand für Bakterien durchgängig wird, und dann ein sicheres Resultat nicht mehr zu erwarten ist. Niehues-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Bemerkungen über die anthropologische Untersuchung von Irrenanstaltsinsassen, nebst einem Schema dafür.

Von Edwin Goodall.

(The Brit. med. Journ. 26. Oct. 1901.)

Bei Gelegenheit der British medical Association in Cheltenham wurde in der Sektion für Psychologie von Goodall auf die Nothwendigkeit hingewiesen, alle Patienten von Irrenanstalten einer genauen systematischen anthropologischen Untersüchung zu unterziehen, worauf bis jetzt zu wenig Werth gelegt worden sei. An der Hand eines gründlich ausgearbeiteten Schemas hat er eine ganze Zahl normaler und kranker Fälle untersucht. Das Schema bezieht sich nicht nur auf die Masse des Schädels und des Gesichts, sondern auf das Ganze des übrigen Knochensystems. Er verlangt ferner eine anatomische Beschreibung der Gesichtsbildung etc. bis in feinste Details, ebenso physiologische Besonderheiten des Körpers und vor Allem die Berücksichtigung seelischer Eigenthümlichkeiten. Das Schema ist zu ausführlich, um hier in Vollständigkeit angeführt werden zu können. Ich verweise deshalb auf den Originalartikel. Die Untersuchung eines einzigen Kranken nach obigem Schema nimmt viele Stunden in Anspruch. Durch systematische vergleichende anthropologische Untersuchung von geistig gesunden und kranken Personen sollen folgende Punkte klargestellt werden: I. Worin überhaupt die Abweichungen von der Norm bestehen. II. Ob die Zeichen der Degeneration und welche Zeichen häufiger bei Geisteskranken vorhanden sind. III. Ob diese Zeichen bei den Geisteskranken hauptsächlich an Kopf und Gesicht vorkommen. IV. Ob es einige Stigmata giebt, welche in den prognostisch ungünstigen Fällen oder andern, welche in den hoffnungsvollen Fällen aufzutreten pflegen. V. Ob es überhaupt bestimmte Stigmata giebt, welche so häufig auftreten, dass sie zu gewissen Formen von Geisteskrankheit gesetzmässige Beziehung haben. VI. Ob eine Zusammengehörigkeit zwischen Zahl und Art besteht und in welchem Masse die Vererbung der nervösen Störung eine Rolle spielt. VII. Kann man in der Zahl und der Art der Stigmata einen Massstab für die Prognose gewinnen, sowohl für die Geisteskranken als für Diejenigen, welche zur Geisteskrankheit neigen. Franz Meyer-Berlin.

Tabo-Paralyse und Unfall.

Ein Gutachten von Oberarzt Dr. Brie-Grafenberg.

(Irrenfreund XLII. Jahrgang. No. 3 und 4.)

Ein 36 Jahre alter Arbeiter hatte sich eine Quetschung des rechten Fusses dadurch zugezogen, dass ihm auf diesen ein Stück Eisen von erheblicher Schwere fiel. Er arbeitete noch drei Wochen weiter. Die Schwellung nahm zu, und etwa zwei Monate nach dem Unfall wurde im Krankenhaus eine hochgradige, aber schmerzlose Schwellung des ganzen rechten Fusses, besonders des Sprungbeins, der kleinen Fusswurzelknochen und auch der Unterschenkelknochen mit Einschränkung der Fussbewegungen nach allen Richtungen festgestellt. Im weiteren Verlauf der Beobachtung wurde konstatirt, dass die Symptome der Tabes in ausgesprochenem Grade vorhanden waren. Der Kranke gab an, dass er vor mehreren Jahren an Rheumatismus in den Beinen gelitten habe. Im Krankenhaus wurde dann bedeutende Verschlimmerung, besonders Ataxie und Harnträufeln, beobachtet. Etwa $^3/_4$ Jahr später zeigten sich Symptome von progressiver Paralyse, der der Kranke etwa ein Jahr darauf erlag. Während der ganzen Zeit war der Kranke erwerbsunfähig. Der eine der Sachverständigen gab sein Gutachten dahin ab:

1. X. ist an der aus seiner Tabes hervorgegangenen Paralyse gestorben.

2. Tabes und Unfall stehen in keinem ursächlichen Zusammenhang.

3. Die vor dem Unfall bereits vorhandene Tabes wurde durch diesen wesentlich und der Krankheitsverlauf in hohem Masse beschleunigt.

Brie giebt in seinem Gutachten zwar zu, dass X. durch den Unfall vorzeitig erwerbsunfähig geworden sei, wendet sich aber gegen die Ansicht, dass durch die Verletzung und die sich anschliessende Fussaffektion der Krankheitsprozess im Rückenmark verschlimmert worden sei, dass dann aus der Tabes durch schnelles Ascendiren des Krankheitsprozesses die Paralyse hervorgegangen und somit diese und der durch sie herbeigeführte Tod mit dem Unfall in indirektem Zusammenhang stände. Er fasst vielmehr die Paralyse als selbständige Erkrankung auf, die fast immer mit Rückenmarkserscheinungen einhergeht, und behauptet in seinem Gutachten, dass X. nach einiger Zeit ohnehin durch die zur vorhandenen Rückenmarkserkrankung sich zugesellende Paralyse erwerbsunfähig geworden wäre und dass der Tod mit der Verletzung in keinem ursächlichen Zusammenhang stehe. Samuel.

Ueber transitorische postepileptische Geistesstörungen.

Von Dr. Kellner-Hamburg-Eppendorf.

(Ztschr. f. Psych., Bd. LVIII 4. 5.)

Die Seelenstörungen nach dem epileptischen Krampfanfall sind ungemein häufig. Unter 137 Epileptikern hatten 93 abnorme Geisteszustände nach dem Anfall. Dabei ist es noch fraglich, in welche Kategorie die Kranken, welche in völliger Verblödung regungslos hinvegetiren und allerdings nach den Anfällen genau so daliegen wie vorher, zu rechnen sind.

Bei geistig gesunden oder leicht geistig defekten Epileptikern nahmen die postepileptischen Störungen meist einen leichteren Charakter an. Neben den bekannten Formen, wie Verrücktheit, Delirien u. s. w. kamen interessante vorübergehende Gedächtnisslücken zur Beobachtung. So vergass eine allmonatlich von Krämpfen befallene Frau regelmässig unmittelbar nachher 10—15 Jahre ihres Lebens und glaubte sich in die Zeit eines freudigen Erlebnisses aus ihrer Jugend zurückversetzt. Eine andere, die als junges Mädchen vom eignen Vater verführt worden war und sich im Laufe der Zeit gewöhnt hatte, ganz ruhig hierüber zu denken, glaubte nach jedem Anfall wieder dicht nach jenem schrecklichen Ereigniss zu stehen und gerieth in schwerste ängstliche Erregung.

Ernster und gelegentlich zu Tobsucht ausartend gestalten sich die Seelenstörungen nach dem Anfall bei den schwerer verblödeten Kranken. Hier sah andrerseits K. auch Scheinbesserungen nach dem Anfall durch vorübergehendes Nachlassen krankhafter Hemmungen oder Triebe.

Zum Schluss beschreibt er — ziemlich ohne engeren Zusammenhang mit dem Thema — einen jungen Epileptiker, der an Stelle der Anfälle gelegentlich aussergewöhnlich heftige Tobanfälle hatte. Wenn er diesen Fall mit den Worten abschliesst: „Es ist dies der einzige von mir beobachtete Fall ernstlicher Gemeingefährlichkeit eines Epileptikers", so fasst K. doch den Begriff der ernstlichen Gemeingefährlichkeit wohl enger, als es sonst üblich und angängig ist.

Vergiftungen.

Ueber einen Fall von Gastritis toxica und Verengerung des Pylorus in Folge von Salpetersäure-Vergiftung. Gastroenterostomie. Heilung.

Von Dr. W. Rubin.

(Gazeta Lekarska 1901, No. 44.)

Der betreffende 16jährige Patient trank aus Versehen ein Weinglas 47prozentiger Salpetersäure. Es stellte sich sofort Bluterbrechen ein. Vier Wochen später kam der Patient in Behandlung des Verfassers; es bestanden Erbrechen und allgemeine Schwäche. Untere Magengrenze in der Höhe des Nabels. Im Mageninhalt keine freie Salzsäure. — Gastroenteroanastomose nach Hacker. Der Magen war bedeutend erweitert und wies auf seiner vorderen Wand zwei Längsnarben auf: die eine, die grössere, war 12 cm lang und verlief in schräger Richtung vom Pylorus nach links zur grossen Kurvatur; die kleinere, vier cm lang, verlief fast parallel der ersteren. Die Magenwände waren stark verdickt. Im Gebiete des Pylorus befand sich eine deutliche Verdickung. Postoperatorischer Verlauf regelmässig. Heilung der Wunde per primam in 10 Tagen. Drei Wochen nach der Operation wurde der Inhalt des nüchternen Magens herausgehebert, wobei eine geringe Quantität grünlich-gelber Flüssigkeit ohne Speisereste zu Tage gefördert wurde. Die Untersuchung des Mageninhalts nach Ewald'schem Probefrühstück ergab das Fehlen von freier Salzsäure. Es hat sich also nach der Operation nur die motorische Funktion, nicht aber die sekretorische wieder hergestellt; trotzdem begann der Patient nach der Operation sich rasch zu erholen: es stellte sich Esslust ein, das Erbrechen liess nach, das Körpergewicht nahm zu. Lb.

Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde.

Von Dr. Josef Langer, klinischen Assistenten an Prof. Ganghofers Kinderklinik in Prag.

(Münch. Med. Wochenschr. 1901, No. 15.)

Die gewöhnliche Haushaltungsschmierseife, mit einem Kali- oder Natronhydratgehalt von $8^1/_2$ bis 9 Prozent, wurde einem Kinde, welches aus der in der Küche stehenden Seifenschüssel etwas in den Mund steckte und ass, tödtlich durch Verätzung der Schleimhaut des Mundes, Rachens, der Speiseröhre und der dem Speiseröhrentheil zunächst liegenden Partie der Magenschleimhaut.

Sofort nach der Aufnahme der Seife trat Husten und Erbrechen ein, die noch an den Zähnen haftende Seife wurde entfernt, auf der Rettungsstation darauf Essigwasser gereicht, in der Klinik der Magen ausgepumpt (Essigwasser), das Spülwasser floss klar und sauer ab; Darreichung von Gummischleim,

Eiswasser. Der Zustand des starke Schmerzen leidenden Kindes verschlechterte sich unaufhaltsam, Puls klein, 190, ächzende Athmung, 48 Züge in der Minute; Eintritt einer rechtsseitigen Pneumonie; in dem mit Katheter entleerten sehr spärlichen Harn, welcher alkalisch ist, etwas Eiweiss, (blasse rothe Blutzellen und Cylinderbrocken [?]), etwa $1^1/_2$ Tag nach der Verätzung Tod in tonisch-klonischem Krampfanfall. — Die verätzten Schleimhautpartieen waren in einen gelbgrünen Schorf verwandelt, zum Theil ganz abgelöst, die Verätzungen der Magenschleimhaut waren streifen- und herzförmig am Mageneingang angeordnet, die überzogene Schleimhaut war blass. An den übrigen Organen: rechtsseitige Unterlappenpneumonie, Blutaustritt an die Nierenoberfläche. Seelhorst.

Ein Beitrag zur Kasuistik der akuten Strychninvergiftung.

Von Dr. R. Kirch-Krefeld.
(D. med. Woch. 1902, No. 5.)

Ein junger Mann nahm in selbstmörderischer Absicht die sehr bedeutende Menge von 0,8 gr Strychnin, das Achtzigfache der Maximaldosis. Mehrere Stunden nachher wurde der Arzt gerufen. Inzwischen hatte der Vergiftete etwas Erbrechen bewirkt.

Die Behandlung bestand in Ausheberung und reichlicher Durchspülung des Magens, dann Eingiessung einer starken Gerbsäurelösung und endlich Einspritzung mächtiger Morphiumgaben (0,16 gr in 2 Stunden.)

Der gegen alle Erwartung erfolgte Ausgang in Heilung ist zu erklären durch die Aufnahme des Giftes bei vollem Magen, durch das Erbrechen und die rasche ärztliche Hilfe. Die Verabfolgung ungewöhnlicher Morphiumgaben wird durch mannigfache Erwägungen gerechtfertigt.

Ein Fall von schwerer Morphiumvergiftung, geheilt durch subkutane Einspritzungen von hypermangansaurem Kali.

Von Dr. L. Weber.
(New-Yorker med. Wochenschrift. 1901, No. 4.)

Der betreffende 40jährige Patient leidet seit 15 Jahren an Gichtanfällen typischer und atypischer Natur, die gelegentlich so heftig auftraten, dass Morphiumeinspritzungen nöthig wurden; $^1/_4$ Gran genügte, um die Schmerzen erträglich zu machen. Eines Nachts trat ein ganz akuter Anfall im grossen Zehengelenk auf, zu dem sich Lumbago gesellte. Um 6 Uhr morgens gab man dem Patienten $^1/_6$ Gran Morphium. Als Verfasser den Patienten um 9 Uhr sah, verabreichte er in Anbetracht der heftigen Schmerzen und aus Erkenntniss dessen, dass der Patient schon Morphium bekommen hatte, $^1/_3$ Gran Morphium subkutan. Diese zwei Drittel Gran (0,04 g) Morphium brachten eine Gesammtwirkung hervor, die das Bild einer schweren Vergiftung darbot: ausserordentlich kleiner, rascher Puls, für 10 Sekunden Sistiren der Respiration, Cheynes-Stokes'-scher Rhythmus, dann Herabsinken des Kopfes und wieder Stockung der Athmung, zerfliessende Schweisse, Pupillen aufs Engste kontrahirt. Auf Verabreichung von Kalium permanganicum subkutan und schwarzen Kaffee besserte sich der Zustand allmählich. Am Abend boten Puls und Respiration nichts Abnormes mehr. Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Kasuistisches über Verletzungen und Verletzungsfolgen.

Herr **Tilmann**: Geheilter vereiterter Schädelgrundbruch.

Durch Sturz von einer Leiter wird ein schwangeres Mädchen bewusstlos und blutet aus der Nase und dem linken Ohr. Die Angehörigen spritzen das Ohr mit Essig aus. Nach einigen Tagen stellt sich unter Fieber eine Eiterung aus dem linken Ohre ein, hinter dem der Schädel auf Druck schmerzhaft wird. Unter dauerndem Eiterfieber erfolgt eine Frühgeburt. Die linke Pupille ist weiter als die rechte. Es wird Vereiterung des Felsenbeins angenommen. Die Operation — Bogenschnitt hinter dem Ohr — ergiebt mehrere Knochenspalte, aus denen Eiter quillt. Eingesetzte Hebel konnten nicht stark bewegt werden, ohne dass der ganze Schädel ins Wackeln gerieth. Es wurden die Bruchränder, welche freilagen, soweit entfernt, dass die mit Eiter bedeckte harte Hirnhaut blosslag. Dann wurde noch das vereiterte Mittelohr aufgemeisselt, nachher die ganze Wunde ausgestopft.

Die Heilung wurde nur durch Abszesse an den Beinen verzögert. Als dauernde Störung blieb nur eine halbseitige Gesichtslähmung bestehen.

(Med. Verein Greifswald, 27. 7. 01.
D. med. W. 1902. No. 2).

Herr **Trnka**: Gehirnkrankheit nach Hufschlag auf den Warzenfortsatz.

Die Quetschwunde heilte glatt, es bestanden aber erst drei Wochen lang Zeichen einer Gehirnerschütterung, dann machte sich Hirndruck geltend, der Kopf wurde nach links gedreht, in fortschreitender Reihenfolge wurden erst die Lippen-, Gaumen- und Schlundmuskulatur, dann die Glieder gelähmt. Fünf Wochen später erfolgte der Tod. Die Leichenöffnung ergab eine der Brücke und dem verlängerten Mark aufsitzende Blutung aus einer Wirbelarterie.

(Verein Deutscher Aerzte in Prag, 11. 10. 01.
Münch. med. W. 1901. No. 50).

Herr **Giulini**: Sarkom der Aderhaut nach Trauma.

Ein 46jähriger, vorher angeblich ganz gesunder Mann erfährt am 15. August 1900 einen heftigen Schlag gegen das linke Auge. Anfangs sieht er nichts, dann geht es wenige Wochen gut, dann fortschreitend schlechter, bis nach sieben bis acht Wochen das Auge völlig erblindet ist. Ein Augenarzt findet Netzhautablösung, die auf den Unfall zurückgeführt wird. Im März dieses Jahres entzündet sich das Auge unter starken Schmerzen. Es wird entfernt und enthält ein Melanosarkom der Aderhaut. Vortragender zweifelt nicht, dass dies mit dem Unfall zusammenhängt.

(Aerztl. Verein Nürnberg, 17. 10. 01.
D. med. Woch. 1901, No. 40).

Herr **v. Hordszynski**: Stichwunde in der Herzgegend.

Die Wunde lag im dritten Zwischenrippenraum etwas einwärts von der Brustwarzenlinie. Subjektiv bestand Herzstechen und Athemnoth, objektiv anfangs kaum mehr als eine Verkleinerung der Herzdämpfung. Am dritten Tage stellte sich ein Geräusch über dem Herzen ein, das immer je einige aufeinanderfolgende Zusammenziehungen begleitete und dann pausirte. Es trug die Kennzeichen des von Morel-Lavallée sog. Bruit de ronde hydraulique, Geräusch des hydraulischen Rades, welches zu Stande kommt, wenn Herzbeutel und Brustfell gleichzeitig verletzt sind und Blut mit Luft im Herzbeutel sich mischt. Nach der Wundheilung war es verschwunden.

(Wiss. Ver. d. Milit.-Aerzte in Krakau. 20. 5. 01.
D. Militärarzt 1901. No. 23/24).

Herr **Boinot**: Milzzerreissung bei Malariakranken.

Vortragender verfügt über 5 einschlägige Fälle. Einmal trat die Zerreissung ohne äusseren Anlass im heftigen Fieberanfall statt — nach B.'s Meinung in Folge der plötzlichen Anschwellung des Organs, welches schliesslich seine Kapsel sprengt, sonst nach reichlichen Mahlzeiten oder leichten Verletzungen. In diesen letzteren Fällen dürfte die Zerreissung durch Verwachsungen der Milz mit Zwerchfell und Magen begünstigt sein.

(Académie de médecine in Paris, Okt. 1901;
D. Med. Woch. 1901, No. 40.)

Herr **Simmonds**: Disseminirte Fettgewebsnekrose nach Pankreaszerreissung.

Die Frage, wie das häufige Zusammentreffen von Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse mit den als Fettgewebsnekrose bezeichneten Herden im Fettgewebe der Bauchhöhle zu erklären sei, ist noch umstritten. S. steht auf dem Standpunkte, dass die Fettgewebsnekrose durch die Veränderungen oder Zerstörungen der Bauchspeicheldrüse bedingt ist. Für die Gutachterthätigkeit hat diese Auffassung die wichtige Bedeutung, dass tödtlich verlaufende Fettgewebsnekrose nach schweren Bauchquetschungen als Unfallfolge, vermittelt durch eine Quetschung der Bauchspeicheldrüse, anzuerkennen ist.

Einen neuen Beitrag zu dieser Anschauung liefert folgender Fall. Ein älterer Mann wird von einem Lastwagen überfahren und stirbt $4^1/_2$ Tage später. Bei der Leichenöffnung findet sich ausser Rippenbrüchen, Leber- und Nierenrissen eine völlige Querdurchreissung der Bauchspeicheldrüse. Daneben bestehen im Fettgewebe in der Nähe der Drüse zahlreiche gelbe und weisse Flecken, in deren Bereich das Fett zum Theil mörtelartig verändert und herdweise ausschälbar ist — mit anderen Worten: die Zeichen der Fettgewebsnekrose. Die Anwendung der oben dargelegten Anschauung auf diesen Fall liegt auf der Hand.

(Aerztl. Verein in Hamburg. 27. November 1901. D. med. Woch. 1902, No. 3.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Blutvergiftung infolge ungeeigneter Behandlung einer Verletzung. Ist die Versicherungs-Gesellschaft entschädigungspflichtig?

(Entscheidung vom 15. Juli 1901.)

Ein bei einer Unfallversicherungs-Gesellschaft mit 5000 Mark Versicherter hatte sich beim Heben eines Bierfasses das Handgelenk verletzt. Erst etwa 14 Tage später zog er einen Arzt zu Rathe, der eine Distorsion, verbunden mit sekundärer Entzündung des linken Handgelenks, feststellte, woraufhin die Frau des Verunglückten nach etwa 8 Tagen die formularmässige Schadensanzeige der Gesellschaft übermittelte. Am 6. Juni starb der Verletzte und am 13. desselben Monats theilte der behandelnde Arzt, im Auftrage der Wittwe des Verstorbenen, der Gesellschaft mit, dass eine Sektion der Leiche erfolgt sei; es hätte sich um allgemeine Septikämie gehandelt, zu der später noch kapilläre Bronchitis hinzugetreten sei. Die Gesellschaft lehnte jedoch die Zahlung der Versicherungssumme ab, indem sie geltend machte, die Anmeldung des Unfalls sei — den Bedingungen entgegen — zu spät erfolgt, und überdies sei der Tod nicht die unmittelbare Folge der Verletzung gewesen, sondern erst durch das Hinzukommen anderer Umstände herbeigeführt worden. Demgegenüber erklärten die Hinterbliebenen, sie hätten aus dem Sektionsbericht ersehen, der Tod des Verunglückten sei durch eine Blutvergiftung erfolgt, die als eine direkte Folge der Distorsion angesehen werden müsse, und da es in den Versicherungsbedingungen ausdrücklich heisse, dass „Blutvergiftungen aus Veranlassung vorhergegangener unfreiwilliger äusserer Verletzungen" in die Versicherung eingeschlossen sind, so müssten sie auf Zahlung bestehen; ebenso unberechtigt sei der Einwand, dass der Unfall, der Tod und die bevorstehende Sektion nicht rechtzeitig gemeldet seien; die noch unmündigen Kinder des Verunglückten könnten nicht in Betracht kommen, und die Wittwe habe in Folge der durch die ganze Sache hervorgerufenen Aufregung unverschuldeter Weise die rechtzeitige Anzeige unterlassen. — Schliesslich einigten sich Gesellschaft und Erben zur Befragung von Sachverständigen, welche ihr Gutachten dahin abgaben, dass der Tod nicht durch die Distorsion direkt, sondern durch die in Folge der Anwendung von Blutegeln hinzugetretene Pyämie verursacht worden sei. Dieses Gutachten veranlasste die Gesellschaft zu der Erklärung, dass sie nach wie vor auf ihrem Standpunkt beharren und die Entschädigungspflicht ablehnen müsse, da ihre Bestimmungen über Blutvergiftung hier nicht Anwendung finden könnten. Nun reichten die Hinterbliebenen Klage ein, doch auch die Gesellschaft forderte auf dem Prozesswege von der anderen Partei die Erstattung der ihr durch die Bestallung der ärztlichen Sachverständigen erwachsenen Kosten von über 200 Mark. In der ersten Instanz wurde zu Gunsten und nach dem Widerklage-Antrage der Gesellschaft entschieden, in der zweiten Instanz dagegen wurde den Hinterbliebenen Recht gegeben und die Widerklage abgewiesen, da die Einwände der Versicherungsgesellschaft als völlig haltlos angesehen wurden. Das Reichsgericht schliesslich stellte sich im Wesentlichen auf den Standpunkt des Vorderrichters. Es war ebenfalls der Meinung, dass der Thatbestand der Blutvergiftung aus Veranlassung unfreiwilliger äusserer Verletzungen, der, nach dem Wortlaut der Versicherungsbedingungen, die Entschädigungspflicht der Gesellschaft begründe, unbedingt vorliege. — Was die Verstösse gegen die Versicherungsbedingungen anbetrifft, die sich die Kläger angeblich haben zu Schulden kommen lassen, so musste festgestellt werden, ob diese Verfehlungen schuldhafte waren. Werden sie daraufhin geprüft, so ergiebt sich ohne Weiteres die Haltlosigkeit der meisten in dieser Beziehung gemachten Einwendungen. Nicht genau aufgeklärt ist nur der Umstand, warum die Wittwe des Verstorbenen nicht — den Policebedingungen entsprechend — der Tod ihres Mannes sofort dem zuständigen Agenten und der Direktion der Gesellschaft anzeigte. Die Aufregung kann nicht ohne Weiteres als Entschuldigung angesehen werden, da mit solchem Grunde nahezu in den meisten Fällen die Unterlassung dieser für die Gesellschaft zweifellos sehr wichtigen Mittheilung gerechtfertigt werden könnte. Demgemäss musste die Sache in die Berufungsinstanz zurückverwiesen werden, die zu prüfen hat, ob und inwiefern die Unterlassung der Todesanzeige seitens der Wittwe als eine unverschuldete gelten kann. C.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wick, K., Oberstabsarzt. Ueber Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit und deren Entlarvung. Mit 32 Abbildungen. Berlin 1901.

Verf. theilt die verschiedenen Arten von Simulation in drei Gruppen ein: 1. Simulation von Sehschwäche eines oder beider Augen, jedoch nur bis zu dem Grade, dass noch das Erkennen gewöhnlicher Sehproben, wenn auch nur der grösseren zugegeben wird. 2. Simulation von Blindheit oder hochgradiger Schwachsichtigkeit eines Auges. 3. Simulation von völliger Blindheit oder hochgradiger Schwachsichtigkeit auf beiden Augen.

Zur Entlarvung von Simulanten oder Aggravanten der ersten Gruppe dient zunächst die Prüfung des Sehvermögens mit verschiedenen Sehproben. Man schneidet aus den Sehprobentafeln die Buchstaben heraus und zeigt dieselben einzeln oder zu beliebigen Reihen und Tafeln zusammengestellt in regelloser Folge vor. Der Untersuchte wird dadurch verwirrt und giebt allmählich immer höhere Sehschärfen zu. Die Prüfung des Sehvermögens in verschiedenen Entfernungen mit verschieden grossen Sehproben giebt manchmal den deutlichen Beweis, dass der Untersuchte übertreibt, zumal wenn man ihn über die Entfernung täuscht, z. B. ihn durch

eine längere Röhre blicken lässt. Auch ein Spiegel, welcher an der den Sehproben gegenüber liegenden Wand des Zimmers hängt, kann demselben Zwecke dienen. Der Untersuchte wird in die Mitte des Zimmers gestellt und hat zunächst die Sehprobentafel zu lesen, darauf macht er Kehrt, sieht in den Spiegel und liest die ihm in diesem sichtbaren Buchstaben. Um sich nicht zu widersprechen, wird der Untersuchte dieselbe Buchstabenreihe lesen wie vorher und giebt damit eine dreimal grössere als die vorher angegebene Sehschärfe zu, da das Spiegelbild von ihm dreimal soweit entfernt ist als die Sehproben. Prüft man das Sehvermögen zu verschiedenen Zeiten, so kann man nicht selten grosse Widersprüche nachweisen, zumal wenn man eine Anzahl ähnlicher Tafeln benutzt, von denen die später vorgezeigten immer kleinere Buchstaben enthalten als die zuerst verwendeten. Die Anwendung von Brillengläsern erweist sich, auch bei Emmetropen, zuweilen als zweckmässig. So wird z. B. durch Vorhalten einer Kombination eines starken Konvex- mit einem gleich starken Konkavglase, welche zusammen als Planglas wirken, oft angeblich eine erhebliche Verbesserung des Sehens erreicht, da der Simulant die Vorstellung gewinnt, es handle sich vielleicht um die stärkste Nummer des Brillenkastens. Die wiederholte Aufnahme des Gesichtsfeldes in verschiedenen Entfernungen — seine absolute Grösse bei der Prüfung an der Tafel nimmt bekanntlich proportional der Entfernung zu — ist ein gutes Mittel, einen sicheren Anhalt für die Glaubwürdigkeit des Untersuchten zu gewinnen. Zu demselben Zwecke dienen auch die Wolffberg'schen Farbenproben und die Prüfung des Lichtsinns. Besteht der Verdacht auf eine beginnende Erkrankung etwa des Sehnerven, so kann unter Umständen eine geeignete Behandlung wie Dunkelkur, Schwitzkur, Jodkalium u. dgl., die für den wirklich Kranken nur wohlthätig ist, manchem hartnäckigen Sünder das Gewissen wecken und ihn zur Angabe einer raschen Besserung veranlassen.

Für den Nachweis der Simulation völliger Blindheit oder hochgradiger Schwachsichtigkeit eines Auges kommt die Prüfung der Pupillenreaktion auf Lichteinfall und der binokularen Fixation in Frage. Reagirt die Pupille eines Auges garnicht oder erheblich schwächer als die des anderen auf Licht, so ist eine erhebliche Sehstörung oder völlige Erblindung dieses Auges sehr wahrscheinlich. Die binokulare Fixation prüft man durch abwechselndes Verdecken bald des einen und bald des anderen Auges, während der Untersuchte aufgefordert wird, den vorgehaltenen Finger zu fixiren. Macht das angeblich blinde Auge bei verdecktem zweiten Einstellungsbewegungen, so besitzt es sicher noch ein gewisses Sehvermögen. Dasselbe beweisen Fusionsbewegungen, welche das angeblich blinde Auge unter einem ab- oder adduzirenden Prisma macht, um die entstehenden Doppelbilder zu vermeiden. Lässt man den Untersuchten aus einem Buche laut vorlesen und hält ein schwaches Prisma mit der Basis nach oben vor das angeblich blinde Auge, so decken sich, wenn beide Augen gut sehen, zwei übereinander stehende Zeilen und erschweren das Lesen oder machen es unmöglich. Die subjektiven hierher gehörigen Methoden beruhen darauf, dass der Untersuchte in den Glauben versetzt wird, mit seinem gesunden Auge zu sehen, während er thatsächlich das angeblich blinde oder schwachsichtige Auge benutzt. Setzt man vor das angeblich schwachsichtige Auge das seine Refraktion für die Ferne korrigirende Glas, vor das andere Auge ein starkes Konvexglas, so kann der Untersuchte in der Ferne mit dem gesunden Auge nicht lesen und verräth sich so leicht. Auch Cylindergläser lassen sich in ähnlicher Weise verwenden. Die Anwendung farbiger Gläser und farbiger Buchstaben beruht darauf, dass z. B. ein rother Buchstabe auf weissem Grunde durch ein rothes Glas und auf schwarzem Grunde durch ein grünes Glas nicht gelesen werden kann. Setzt man also vor das eine Auge ein rothes, vor das andere ein grünes Glas und lässt nun rothe und grüne Buchstaben lesen, so wird der Simulant auch Buchstaben erkennen, welche er nur mit dem angeblich blinden Auge sehen konnte. Die Methode lässt sich vielfach variiren, so können Worte, welche ein anderes Wort eingeschaltet enthalten, wie Werner (Wer), kalt (alt) so in zwei Farben geschrieben werden, dass das ganze Wort nur mit dem angeblich blinden Auge gelesen werden kann. Auch einzelne Buchstaben wie B und P, E und I lassen sich in derselben Weise verwenden. Die durch Prismen — ev. zunächst monokulär, um den Untersuchten sicher zu machen — erzeugten Doppelbilder können nicht nur zum Nachweis simulirter einseitiger Amaurose, sondern unter Umständen auch zum Nachweis der Sehschärfe des „blinden" Auges dienen. Das Stereoskop ist das wichtigste Instrument zur Entlarvung von Simulation einseitiger Blindheit. Es sind eine grosse Zahl sehr zweckmässiger Vorlagen für diesen Zweck angegeben worden. Ferner finden aus Spiegeln zusammengesetzte Apparate Verwendung, welche so konstruirt sind, dass die rechts erscheinende Sehprobe mit dem linken Auge gesehen wird und umgekehrt. Wirft man mit Hilfe des Augenspiegels Licht abwechselnd in beide Augen, so ist es den meisten Personen nur schwer möglich, genau zu unterscheiden, welches Auge beleuchtet wird. Der Simulant wird sich also dadurch verrathen, dass er mit dem angeblich blinden Auge hell und dunkel unterscheidet. Eine Anzahl anderer Apparate bedingt eine Kreuzung der Blicklinien und dadurch eine Täuschung des Untersuchten. Bekannt ist auch das Verfahren, einen schmalen Gegenstand, z. B. ein Lineal zwischen Augen und Leseprobe einzuschalten, so dass ein Teil der letzteren nur mit einem Auge gesehen werden kann. Es lässt sich durch diese Methode zuweilen die Sehschärfe des angeblich blinden Auges bestimmen. Apparate, welche mehrere der besprochenen Grundideen vereinigen, sind von Barthélémy und von Kuhnt angegeben. Durch Verwendung von Medikamenten, Atropin oder Eserin kann man es erreichen, dass z. B. das atropinisirte gesunde Auge in der Nähe nicht lesen kann. Liest der Untersuchte also feinere Schrift in der Nähe, so hat er sie mit dem „blinden" Auge erkannt. Die Prüfung des binokularen Gesichts- oder Blickfeldes, sowie des Tiefenschätzungsvermögens liefert zuweilen ebenfalls den Nachweis, dass das angeblich blinde Augenoch sieht.

Die Simulation vollständiger beiderseitiger Blindheit wird man meist durch längere Beobachtung des Kranken nachweisen können. Der Augenspiegelbefund, die Pupillenreaktion und die Beobachtung der binokularen Fixation und Blickrichtung des Untersuchten geben hier wichtige Fingerzeige. Unter Umständen wird die Einleitung einer Behandlung, auf deren voraussichtlich guten Erfolg man den Untersuchten hinweist, diesem die Wege zum Rückzuge und zum Aufgeben der Simulation ebnen. Bei der Simulation doppelseitiger hochgradiger Schwachsichtigkeit wird man vor allen Dingen durch die Anwendung verschiedener Prüfungsmethoden den Untersuchten in Widersprüche zu verwickeln suchen. Jedenfalls wird es bei längerer Beobachtung stets möglich sein, nachzuweisen, ob wirklich Schwachsichtigkeit vorliegt oder der Kranke übertreibt.

Groenouw.

Krocker, Prof. Dr. A., Oberstabsarzt in Berlin, und **Friedheim,** Dr. H., Oberstabsarzt in Wandsbek, Deutscher militärärztlicher Kalender für 1902. Hamburg, Gebrüder Lüdeking, 1902. Preis 4,50 M.

Von dem handlichen Kalender, der sich in militärischen Kreisen allgemein und auch darüber hinaus Eingang verschafft hat, liegt jetzt der 3. Jahrgang vor.

Er umfasst das eigentliche Kalendarium mit Notizbuch für jeden einzelnen Tag des Jahres; beigegeben sind hier Mittheilungen für den Post- und Telegraphenverkehr, ein Auszug aus der Benutzungsordnung der Kaiser Wilhelms-Akademie-Bibliothek, Wirkungsweise und Dosirung der wichtigsten Arzneimittel (von St.-A. Buttersack), Chirurgie der ersten Hilfe (O.-St.-A. Seydel), Arzneimittel, welche zusammen nicht verschrieben werden dürfen (O.-St.-Apotheker Holz), und Anzugsbestimmungen für Sanitätsoffiziere (St.-A. Kuntze).

Theil III enthält die militärärztlichen Ranglisten, während Theil II, der wissenschaftliche Abschnitt, eine Anzahl der im vorigen Kalender enthaltenen Abhandlungen wiederholt (Augen-, Ohren-, Nervenuntersuchung, Untersuchungsmethoden bei inneren Erkrankungen, Herzkrankheiten pp.), um dann einige interessante neue Kapitel hinzuzufügen. Hervorzuheben ist da die Allerhöchste Verordnung über Ehrengerichte der Sanitätsoffiziere vom 9. 4. 01; Militärstrafgerichtsordnung (St.-A. Lesshafft); Trinkwasser (O.-St.-A. Schumburg); Gewichte und Maasse der menschlichen Organe und Konservirung anatomischer Präparate (O.-A. Blank); Untersuchung der oberen Luftwege (St.-A. Glatzel).

Der Kalender ist nicht nur für den aktiven, sondern auch für den dem Beurlaubtenstande angehörenden Sanitätsoffizier werthvoll und empfehlenswerth. Theil II aber hebt ihn über das Niveau des blossen Kalenders weit hinaus und macht ihn mit seinen praktischen Hinweisen bezüglich einzelner Untersuchungsmethoden auch für den praktischen Arzt und besonders auch für den ärztlichen Sachverständigen lesenswerth und brauchbar.

Richard Müller.

Gebührenwesen.

In der letzterschienenen Nummer der Juristischen Wochenschrift (pag. 87—88) behandelt Rechtsanwalt Dr. Wittkowsky-Berlin die Frage: Von wem kann nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches der von einer Ehefrau angenommene Arzt Bezahlung einer Honorarforderung verlangen?

Das Wesen der ärztlichen Berufspflicht schliesst völlig aus, dass der Arzt von dem heilungsbedürftigen Patienten einen Vorschuss fordert, oder sich vor Beginn seiner Thätigkeit über seine Kreditverhältnisse erkundigt, während der Arzt andererseits des erforderlichen gesetzlichen Schutzes bedarf.

Nach den Ausführungen des Verfassers kann der Arzt von dem Ehemanne die Bezahlung einer Honorarforderung verlangen auf Grund der § 812, 813, Abs. 2. B. G.-B. wegen ungerechtfertigter Bereicherung. Der Ehemann würde somit durch die Thätigkeit des Arztes etwas ohne Rechtsgrund erlangen, indem er Aufwendungen ersparte, zu welchen er verpflichtet ist, und da er zum Herausgeben wegen der Beschaffenheit des Erlangten nicht im Stande ist, so muss er den Werth der ärztlichen Leistung ersetzen. V. nimmt hierbei besonders auf den in den Motiven zum ersten Entwur (Band IV, S. 124) eingenommenen Standpunkt Bezug: „dass der Ehemann auf Grund seiner Unterhaltspflicht die Krankheits- und Kurkosten gegenüber der Ehefrau . . . zu bestreiten hat, ist als selbstverständlich zu erachten und braucht deshalb nicht besonders hervorgehoben zu werden.“

Andererseits kann sich ein Anspruch des Arztes gegenüber der Ehefrau durch den mit dieser geschlossenen Vertrag gemäss § 1399 B. G.-B. herleiten lassen. Schultze.

Tagesgeschichte.

Die Geisteskrankheiten in der Armee.

Ein Gegenstand, der immer wieder die Aufmerksamkeit weitester Kreise auf sich lenkt, ist das Auftreten von Geisteskrankheiten im Heere. Eine ganze Fülle von Gefahren für den Einzelnen und für die Allgemeinheit liegt auf diesem Gebiete. Denken wir zunächst an Diejenigen, die als geistig nicht Vollwerthige in das Heer eintreten: vom ersten Tage ab ist der Geistesschwache, der geistig Minderwerthige, der Seelenkranke ein Gequälter und zugleich eine Qual für die Anderen. Er begreift nicht, er gehorcht nicht, er ist unordentlich, unsauber, womöglich gar unehrlich. Er zieht sich den Hass der Kameraden, den Zorn der Vorgesetzten zu, er macht der Truppe Schande, ungezählte Strafen treffen ihn. In der strengen, keine Rücksicht auf geistige Ganz- oder Halbinvaliden duldenden Zucht des Dienstes wird der Minderwerthige vollends krank, der Kranke bösartig. Es kommt zu Selbstmord und Verbrechen. Nicht weniger schlimm ist es, wenn der Aeltergediente geistig erkrankt. Ehe seine Krankheit offenbar wird, kann er die Vortheile, die ihm eine jahrelange Tüchtigkeit und gute Führung gebracht hat, um der ungünstigen Veränderung seines Wesens willen verlieren, kann als Vorgesetzter seine Untergebenen verwirren und peinigen, kann in Fällen des Ernstes durch den Mangel seiner seelischen Leistungsfähigkeit unabsehbaren Schaden anrichten.

Die Bekämpfung der Geisteskrankheiten im Heere ist also wahrlich wichtig genug, um allen Vorschlägen für den gewiss nothwendigen, aber mit grossen Schwierigkeiten verbundenen Ausbau dieses Theils der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit und der Heilkunst lebhafte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Das neueste diesbezügliche Werk ist ein im Verlage von Gebrüder Lüdeking in Hamburg erschienenes Heft „Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee“, von Dr. Ewald Stier, einem zur Binswangerschen Klinik kommandirten Sanitätsoffizier.

Als praktischer Militärarzt, der alle durch die Eigenart der militärischen Verhältnisse gegebenen Schwierigkeiten zu würdigen weiss, ist St. vorsichtig und zurückhaltend in seinen Vorschlägen. Aber es würde sicher schon viel gewonnen sein, wenn das durchgeführt würde, was er empfiehlt. Seine Thesen lauten: 1. in der Stammrolle sollen vermerkt werden: der überstandene Aufenthalt in einer Irrenanstalt, sowie 2. der Besuch einer Schule für schwachbefähigte Kinder, 3. in der Mehrzahl vorkommende Degenerationszeichen, sowie erbliche Belastung, soweit sie zu eruiren ist, sollen zu Ungunsten einer sonst fraglichen Tauglichkeit sprechen, 4. bei Offiziersaspiranten sollen erbliche Belastung und Degenerationszeichen immer berücksichtigt werden und mehr als bei Mannschaften den Ausschlag geben, 5. alle Mannschaften, welche sich bei der Ausbildung als sehr beschränkt erweisen, sollen in möglichst grosser Zahl wieder entlassen werden, 6. der Kampf gegen Alkoholismus und die Folgen der Lues soll immer energischer werden, z. B. durch Ueberweisung Luetischer zur Kur oder Nachkur in Badeorte, 7. in jedem Lazareth sollen Einrichtungen getroffen werden zur vorläufigen Unterbringung auch der erregtesten Geisteskranken, 8. alle zweifellos geistig Kranken sollen möglichst rasch einer Irrenanstalt überwiesen werden, 9. zur Untersuchung fraglicher und Begutachtung gerichtlicher Fälle soll in dem grössten Lazareth jedes Armeekorps eine Nervenabtheilung unter Leitung eines

spezialistisch ausgebildeten Sanitätsoffiziers eingerichtet werden, 10. zur Behandlung erkrankter Unteroffiziere und Offiziere soll eine oder zwei Militärirrenanstalten erbaut werden, 11. ein Kursus über Psychiatrie soll in die Fortbildungskurse für Sanitätsoffiziere eingefügt werden.

Wir glauben, dass diesen wohldurchdachten Grundsätzen vollste Anerkennung zu gewähren ist. Einzufügen wäre wohl noch eine Bestimmung, dass Soldaten, die sich trotz angewandter Zuchtmittel in auffallendem Masse als widerspenstig, disziplinlos, unordentlich erweisen, auch wenn die Vorgesetzten selbst keine geistige Abweichung an ihnen wahrnehmen, ärztlicher Begutachtung zu überweisen sind.

Hoffentlich wird die durch Stier von Neuem angeregte Frage jetzt nicht eher zur Ruhe kommen, bis sie ihre sachgemässe Lösung gefunden hat.

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts.

„Die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung findet im Allgemeinen in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalls oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen ihre Begrenzung, dagegen bieten die sonstigen ärztlichen Aeusserungen, insbesondere drüber, welchen Finfluss der Refund auf die Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, den in ihrer Entscheidung selbständigen Feststellungsinstanzen zwar werthvolle und bei inneren Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urtheilsfindung (zu vergl. Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 34 am Schlusse zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes). Hiernach würde es unzulässig sein, wenn — was vorgekommen sein soll — die Feststellungsinstanzen einfach den vom Arzte angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zu Grunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben. Ein derartiges Verfahren, durch das eine der wichtigsten Aufgaben der Feststellungsorgane zu einer mechanischen Wiederholung des Ergebnisses der ärztlichen Gutachten herabgedrückt werden würde, entspricht nicht der Absicht des Gesetzes. Hat im einzelnen Falle der in der Sache gehörte ärztliche Sachverständige auf Ersuchen oder aus freien Stücken auch eine Aeusserung über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegeben, so darf niemals ausser Acht gelassen werden, dass die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit an sich keine rein medizinische und dass ihre Beantwortung nicht ausschliesslich und in erster Linie Sache des Arztes ist, sondern in der Hauptsache eine der vornehmsten Aufgaben der mit der Rentenfestsetzung betrauten Instanzen bildet. Ausserdem ist es vorgekommen, dass mehrfach, obgleich sachlich gegen den oben bezeichneten Grundsatz nicht verstossen worden ist, doch die Begründung der Entscheidungen im Wortlaute so ungeeignet gefasst wurde, dass sie den Vorwurf einer mechanischen Handhabung des Entschädigungsverfahrens rechtfertigen könnte. Die Feststellungsorgane werden daher ersucht, auch auf die Fassung der Bescheide besondere Sorgfalt zu legen, damit derartige irrthümliche Auffassungen über das Verfahren der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten nicht entstehen können."

Dies ist der Wortlaut eines jüngst vom Reichsversicherungsamt auf Veranlassung des Staatssekretärs des Innern an die Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten gerichteten Rundschreibens. Wie wir aus unserem Leserkreise erfahren, findet dasselbe hier und da die Deutung, als ob die Thätigkeit der Aerzte als Gutachter von massgeblicher Stelle in ihrer Bedeutung herabgedrückt werden solle. Wir können diese Befürchtung nicht theilen, sondern erblicken in dem Rundschreiben vielmehr nur die erneute Betonung eines durch unsre Unfallgesetzgebung gehenden Rechtsgrundsatzes. Bekanntlich giebt es eine ganze Anzahl von Gutachtern, die, um nicht den rein ärztlichen Standpunkt zu verlassen, eine Schätzung der Erwerbsbeschränkung glatt ablehnen. Soweit zu gehen, halten wir für verfehlt. Aber wir müssen zugeben, dass unsre ärztliche Ansichlt über das Mass einer Erwerbsminderung der Kritik der technischen Fachleute unterliegt. In der Frage, um wieviel Prozent beispielsweise ein Maurer, der durch Schwindel unfähig zur Höhenarbeit geworden ist, erwerbsvermindert ist, kann der Arzt sich getrost und ohne jedes Kränkungsgefühl eine Abweichung der feststellenden Instanzen von seiner Ansicht gefallen lassen.

Wogegen sich die Verfügung in Wahrheit richtet, das ist die mechanische, gedankenlose Handhabung des Entschädigungsverfahrens, gegen die wir Aerzte genau eben so Front machen wollen wie die materiell Betheiligten. Wie wichtig es ist, dass die ersten Instanzen in ihren Bescheiden selbständig die für die Höhe der Rentenschätzung massgeblichen Gründe angeben, leuchtet z. B. ein, wenn, wie unter dem neuen Gewerbe-Unfallgesetz so häufig, zwei verschiedene ärztliche Schätzungen vorliegen. Der Versicherte hat ein Recht darauf, zu erfahren, unter welcher Begründung die eine Ansicht verworfen, die andere vorgezogen worden ist. Oft genug wird man in den Bescheiden die Antwort auf diese Frage vermissen! Ebenso ist zu hoffen, dass nach der neuerlichen Einschärfung die festsetzenden Instanzen noch mehr als bisher darauf achten werden, ob das ärztliche Gutachten in seinen Folgerungen den geltenden Rechtsgrundsätzen entspricht, ob beispielsweise eine Herabsetzung der Rente durch nachgewiesene Veränderungen im Thatbestande begründet ist. Dem ärztlichen Gutachter können in diesen juristischen Fragen, wenn er nicht sehr erfahren ist, immerhin Irrthümer passiren, die schon die unterste rechtliche Instanz nicht beizubehalten braucht.

Ein einfaches Beiseiteschieben des Arztes darf natürlich aus der selbständigen Beurtheilung des Falles nicht entstehen. Wenn die Schätzung des ärztlichen Gutachters nicht beibehalten wird, so muss man aus der Begründung des Bescheides auch hierfür die Gründe ersehen können. Bei den Urtheilen der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamtes ist in solchen Fällen das Urtheil immer entsprechend abgefasst, und es ist wohl kein Irrthum, wenn wir annehmen, dass die ersten Instanzen genöthigt sein werden, ebenso zu verfahren.

Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz.

Unter dem 18. Februar d. J. hat der Bundesrath die nachstehende Bekanntmachung, betreffend gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen erlassen:

Auf Grund der Bestimmungen im § 21 des Gesetzes, betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 (Reichsgesetzblatt S. 547) hat der Bundesrath die nachstehenden Bestimmungen beschlossen:

Die Vorschriften des § 21, Abs. 1 des Gesetzes finden auf die folgenden Stoffe, sowie auf die solche Stoffe enthaltenden Zubereitungen Anwendung:

Borsäure und deren Salze.

Formaldehyd.

Alkali- und Erdkali-Hydroxyde und -Karbonate.

Schweflige Säure und deren Salze, sowie unterschwefligsaure Salze.

Fluorwasserstoff und dessen Salze.

Salicylsäure und deren Verbindungen.
Chlorsaure Salze.

Dasselbe gilt für Farbstoffe jeder Art, jedoch unbeschadet ihrer Verwendung zur Gelbfärbung der Margarine und zum Färben der Wursthüllen, sofern diese Verwendung nicht anderen Vorschriften zuwiderläuft.

Durch die Allerhöchste Verordnung vom 16. Februar d. J. wurde als Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 21 des Gesetzes, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 der 1. Oktober d. J. festgesetzt.

Hiermit hat eine Frage, die seit Jahren die Sanitätspolizei und die Gerichte in besonderem Masse beschäftigte, ihren Abschluss gefunden, und zwar im Sinne der von den berufensten Vertretern der Hygiene und Medizinalverwaltung gestellten Forderungen, die gegenüber den Gutachten einzelner Chemiker und Pharmakologen immer wieder betonten, dass die vorübergehenden wie die bleibenden Wirkungen solcher differenten Zusätze vielfach der Erkenntniss entzogen bleiben und dass die Reinhaltung der Volksnahrungsmittel von fremden Zusätzen eine der wichtigsten Forderungen der Gesundheits- und Volkswirthschaftslehre darstellt. E. R.

Kaffeestuben und -Karren des Berliner Vereins für Volkshygiene.

Der Berliner Verein für Volkshygiene erwirbt sich ein grosses Verdienst durch die Errichtung von Kaffeestuben und den Verkauf von Kaffee etc. im Umherziehen. Vom Polizeipräsidium ist ihm gestattet worden, mittels seiner schmucken und zweckmässig eingerichteten Karren Kaffee und ähnliche Getränke auf den Strassen (nur einige sehr verkehrsreiche ausgenommen) feilzuhalten. In Berlin besteht ein grosser Mangel an Lokalen, in denen ähnlich wie z. B. in London, zu sehr mässigen Preisen alkoholfreie Getränke jederzeit zu haben sind. Dieser Mangel wird besonders von den Aerzten in unangenehmster Weise empfunden, wenn sie ihren Patienten den Alkoholgenuss untersagen, aber keinen Rath geben können, wie dem Trinkbedürfniss auf andere Weise in angenehmer Art genügt werden kann. Es wäre sehr zu wünschen, dass die neue Einrichtung sich recht bald beliebt macht, um sich in ausgedehntester Weise über Berlin verbreiten zu können [und, wie wir hinzufügen wollen, auch in unseren anderen Städten recht viel Nachahmung zu finden! Red.]

(Med. Reform.)

Fortbildungskursus für Aerzte.

In der Zeit vom 7. bis 23. Juli 1902 wird in Breslau ein fortlaufender Cyklus von Vorlesungen und praktischen Uebungen für Aerzte in den Instituten und Kliniken der Universität Breslau stattfinden.

Es betheiligen sich daran persönlich sämmtliche ordentliche und die mit Lehrauftrag versehenen ausserordentlichen Professoren: die Herren Hasse, Ponfick, von Mikulicz-Radecki, Flügge, Filehne, Küstner, Uhthoff, Wernicke, Kast, Hirthle, Richter, Neisser, Lesser, Partsch, Czerny, Kümmel, Stern und deren Assistenten. Es werden demnach sämmtliche medizinische Disziplinen, praktische sowohl, wie theoretische vertreten sein und zwar einerseits durch klinische Vorträge mit Demonstrationen, andererseits durch praktische Kurse mit technischen Uebungen und schliesslich durch experimentelle Demonstrationen mit Vorträgen, eventuell Uebungen. Der genaue Vorlesungsplan, sowie die Honorarsätze werden demnächst ausführlich veröffentlicht werden und werden auf Verlangen zugeschickt.

Alle Anfragen sind an den mitunterzeichneten Schriftführer zu richten.

Der geschäftsführende Ausschuss:
von Mikulicz-Radecki, Vorsitzender. Filehne, stellvertret. Vorsitzender.
A. Neisser, Schriftführer.
Breslau XVI. Fürstenstrasse 112.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 30. Dezember 1901 betreffend Höhe des Beitrages und Festsetzung des Beitragsfusses für die Umlagen zur Aerztekammer 1901.

Einforderung von Berichten an den Minister der Medizinalangelegenheiten.

Erlass vom 17. Januar 1902 betreffend Liquidationen der Kreisärzte über Tagegelder und Reisekosten.

Betrifft Formalien.

Erlass vom 21. Januar 1902 betreffend Einsendung der über die Krankheitsverhältnisse in den Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten ausgefüllten Fragebogen und Zählkarten an das Königl. Statistische Bureau.

Erlass vom 21. Januar 1902 betreffend das Aufsichtsrecht der Polizeibehörden über die Apotheker.

Die Polizeibehörde hat nicht das Recht, über einen Apotheker eine Ordnungsstrafe zu verhängen, weil seine Geschäftsführung in der Vergangenheit den bestehenden Vorschriften nicht entsprochen hat. Die für Verletzung der Berufspflichten in der revidirten Apothekerordnung vorgesehenen Strafen haben den Charakter von Kriminalstrafen.

Erlass vom 27. November 1901 betreffend Bericht über die bisherigen Arbeiten der staatlichen Kommission zur Prüfung der Reinigungsverfahren von Zuckerfabrikabwässern.

Enthält den Kommissionsbericht in wörtlichem Abdruck.

Erlass vom 23. Januar 1902 betreffend Verkehr mit Wein, weinhaltigen und weinähnlichen Getränken.

Betriebe, in denen Dessertweine mit Hilfe getrockneter Früchte oder eingedickter Moststoffe hergestellt werden, sind anzeigepflichtig. Die Aufsicht über die Weinfabrikation im Sinne des Weingesetzes, ist sachkundigen Personen zu übertragen. . . . . Zur Hebung des deutschen Rothweinbaus ist auf thunlichst ausgebreitete Verwendung deutscher Rothweine in Kranken-, Pflegeanstalten u. s. w. hinzuwirken.

Erlasse vom 16. Dezember 1901 und 6. Januar 1902 betr. Entlassung geisteskranker Verbrecher bezw. verbrecherischer Personen aus öffentlichen Irrenanstalten.

Genaue Anweisungen über das Verhalten der Polizei- und Justizbehörden bei beabsichtigter Entlassung von Personen aus öffentlichen Irrenanstalten, die entweder auf Grund von § 51 R.St.G. freigesprochen oder auf Grund von § 203 St. P. O. ausser Verfolgung gesetzt sind, oder bei denen der Strafvollzug wegen Geisteskrankheit ausgesetzt ist. Wir behalten uns vor, auf die Erlasse bei zusammenhängender Besprechung des Themas „Geisteskranke Verbrecher" zurückzukommen.

Erlass vom 25. Januar 1902 betr. ärztliche Thätigkeit in den Privatanstalten für Idioten.

Die Regierungspräsidenten werden ermächtigt, eine Regelung der ärztlichen Thätigkeit in Idioten- und Epileptikeranstalten nach Massgabe der für Kranke unter 18 Jahren geltenden Bestimmungen auch dann zu genehmigen, wenn in jenen Anstalten Idioten und Epileptiker über 18 Jahren verpflegt werden. Bei Ertheilung dieser Genehmigung sollen diejenigen — besonders wohlthätigen — Anstalten bevorzugt werden, die sowohl jüngere als ältere Kranke beherbergen und nicht nur behandeln, sondern auch erziehen und unterrichten.

Erlass vom 10. Januar 1902 betr. Ventilationsvorrichtungen in Restaurationsräumen und Erlass vom 23. Januar 1902 betr. Beschäftigung von Gehilfen und Lehrlingen in Gast- und Schankwirthschaften werden in der periodischen „Gewerbehygienischen Rundschau" unserer Zeitung erörtert werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. | № 6. | Ausgegeben am 15. März.

Inhalt:

Aus Dr. A. Neisser's Poliklinik für Nervenkranke.

Zwei Gutachten über Schwefelkohlenstoff-Vergiftungen.

Von

Dr. J. Lowinsky.

Im Laufe des letzten Jahres habe ich Gelegenheit gehabt, in der hiesigen Neisser'schen Poliklinik eine Reihe nervenkranker Arbeiter zu beobachten, die sämmtlich einem und demselben Arbeitssaal eines grossen Fabriketablissements entstammten und übereinstimmend ihre Erkrankung darauf zurückführten, dass in ihrem Arbeitsraum eine gesundheitsschädliche Beschäftigung, nämlich das Vulkanisiren von Kautschuk mit Schwefelkohlenstoff, in vorschriftswidriger Weise ausgeübt worden sei. Zwei dieser Arbeiter, auf welche sich die folgenden Gutachten beziehen, sind schwer und vielleicht dauernd in ihrer Gesundheit geschädigt und haben daher gegen die betreffende Gesellschaft Entschädigungsansprüche erhoben mit dem Erfolge, dass ihnen durch vorläufige, vom Kammergericht bestätigte Entscheidung eine dauernde Rente zugebilligt worden ist.

Während der eine Fall ein der multiplen Sklerose ähnliches Krankheitsbild darbietet, handelt es sich im anderen um neuritische Prozesse in den oberen Extremitäten; beide gehören also in das Gebiet der Schwefelkohlenstoff-Neurosen, wie solche seit langer Zeit in der französischen und englischen Literatur vielfach beschrieben sind und über welche auch bei uns neuerdings zahlreiche Beobachtungen vorliegen.

Eine umfassende Darstellung bietet die Monographie Laudenheimers aus dem Jahre 1899, deren Material im Wesentlichen den Leipziger Gummifabriken entstammt.

Hier in Berlin hat Bernhardt bereits 1871 einen einschlägigen Fall publizirt, spätere Beobachtungen sind mehrfach von der Mendel'schen Poliklinik aus veröffentlicht worden, im Jahre 1896 ist das Thema in der medizinischen Gesellschaft im Anschluss an Stadelmanns Demonstrationen einer eingehenden Erörterung unterzogen worden. Obwohl damals in Gegenwart des Gewerberathes öffentlich Aerzte und Behörden zu gemeinsamem Handeln zum Schutz der gefährdeten Arbeiter aufgefordert wurden und die Aufmerksamkeit auf die vielfach geradezu unglaublichen unhygienischen Ver-

hältnisse gelenkt wurde, hat es doch bis auf den heutigen Tag gedauert, bis sich der Bundesrath entschlossen hat, bindende Vorschriften zu erlassen. Dass inzwischen trotz aller Erfahrungen und Warnungen selbst in wohlgeordneten Betrieben, denen nach ihrem eigenen Geständniss ein Heer von hygienisch geschulten Aerzten und Chemikern zur Verfügung stand, schwere Gesundheitsschädigungen nicht vermieden worden sind, obwohl sie vermeidbar waren, lehren die nachfolgenden Beobachtungen, die vielleicht anderweitige Bestätigung finden werden. Es ist meiner Kenntniss nach das allererste Mal, dass Schwefelkohlenstoffvergiftungen zum Gegenstande gerichtlicher Beurtheilung werden, sodass daher wohl die Veröffentlichung der beiden folgenden Gutachten gerechtfertigt erscheint.

I

In Sachen des Drechslers O. St. zu Berlin und im Auftrage des Königlichen Landgerichts I beantworte ich die an mich gerichteten Fragen als sachverständiger Zeuge folgendermassen:

1. Aeussert sich die Krankheit des Klägers in Krämpfen, Verfall der Körperkräfte, Lähmungserscheinungen, heftigen Schmerzen und Schlaflosigkeit?

Diese Frage ist zu bejahen. — Es ist dabei zu unterscheiden zwischen den subjektiven Beschwerden, die nur auf den Angaben des Kranken selbst beruhen, und den sinnfällig wahrnehmbaren, objektiven Krankheitssymptomen, die ärztlicherseits beobachtet und kontrolirt werden können. Zur ersteren Gruppe gehören die „heftigen Schmerzen und Schlaflosigkeit", über welche der Patient bereits bei Beginn der Behandlung (28. Juli 1900) und seitdem dauernd geklagt hat, ferner ausweislich des Krankenjournals eine grosse Zahl ähnlicher nervöser Beschwerden, Gemüthsverstimmung, Gedächtnissschwäche, Augenschmerzen, Prickeln und Einschlafen der Beine etc. — Das Auftreten von „Krämpfen" kann ich ebenfalls nur aus den Angaben des Kranken selbst bezeugen, da ich selbst keinem Anfall beigewohnt habe. Doch liesse sich dies vielleicht aus dem Journal des Krankenhauses am Urban beweisen, wo der Patient angeblich drei Krampfanfälle bei erhaltenem Bewusstsein erlitten hat. Objektiv nachweisbar dagegen und über jeden Zweifel erhaben sind die „Lähmungserscheinungen" resp. „der Verfall der Körperkräfte." Die Kraft der Hände ist nachweislich erheblich herabgesetzt und zwar durch ein starkes Zittern der Hände und Vorderarme, das besonders bei gewollten Bewegungen auftritt. (Intentionstremor). Ebenso ist die Kraft der Beine gering, der Gang wird dadurch schleppend und mühsam; da die Reflexerregbarkeit gesteigert ist, werden die Beine beim Gehen steif, der Gang stelzbeinig (spastische Parese der Beine). Der Patient erscheint daher im Gebrauch der Arme und Beine ausserordentlich behindert, und wenn auch die Glieder nicht eigentlich gelähmt sind, so beeinflusst die vorhandene, mit Zittern und Steifigkeit verbundene Schwäche den Gebrauch der Glieder im gleichen Masse wie Lähmungen.

2. Ist die Krankheit durch den Aufenthalt des Klägers in dem ungesunden Arbeitsraum der Gummidreherei, insbesondere durch das Einathmen der giftigen Gase und das Verzehren der giftdurchzogenen Speisen verursacht worden?

Diese Frage ist nicht unbedingt zu bejahen, sondern man kann nur folgendermassen begutachten: „Wenn positiv erwiesen ist, dass der Kranke längere Zeit in einem Raume beschäftigt gewesen ist, in welchem Kautschuk auf kaltem Wege unter Anwendung grösserer Mengen Schwefelkohlenstoff (CS_2) vulkanisirt wurde, so ist es möglich und in hohem Grade wahrscheinlich, dass die Krankheit eine Folge der ungesunden Beschäftigung ist. Es würde sich dann um die typische Gewerbekrankheit der Gummiarbeiter, um chronische Schwefelkohlenstoff-Vergiftung handeln, die in Deutschland erst seit wenigen Jahren genauer bekannt und meines Wissens hier zum ersten Mal Gegenstand gerichtlicher Beurtheilung ist.

Der Kranke giebt an, fast zwei Jahre hindurch der Einwirkung giftiger Gase ausgesetzt gewesen zu sein, angeblich einem Gemisch von Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel, als dessen schädlicher Bestandtheil nur ersterer anzusehen ist[1]) und wobei die Vergiftung im Wesentlichen durch das Einathmen der den ganzen Raum durchziehenden Gase erfolgt, während das Verzehren giftdurchzogener Speisen bei der Flüchtigkeit des Schwefelkohlenstoffs weniger in Betracht kommt. Thatsache ist, dass der Patient seit cirka einem Jahre in ein schweres, chronisches, anscheinend unheilbares Nervenleiden verfallen ist, wie es vorher geschildert wurde.

Nun ist natürlich nicht ohne Weiteres zu folgern, wozu der Kranke naturgemäss geneigt ist, dass die Krankheit unbedingt eine Folge der Beschäftigung sein muss, weil sie zeitlich danach eingetreten ist.

Man muss vielmehr nach andern Beweismomenten als dem laienmässigen Schlusse: „post hoc, ergo propter hoc" suchen. Leider gehört aber Schwefelkohlenstoff nicht zu denjenigen Giften, welche, wie z. B. Arsen oder Quecksilber, direkt im Organismus nachgewiesen werden können, womit jeder Zweifel an der Diagnose gehoben wäre. „Bisher ist noch nie der Nachweis von CS_2 im Blute bei chronischen CS_2-Vergiftungen gelungen."[2])

Andrerseits erzeugt die Schwefelkohlenstoffvergiftung auch nicht, wie z. B. etwa die Bleivergiftung, ein so charakteristisches Krankheitsbild oder einzelne so typische, pathognomonische Symptome, dass die Krankheit danach unfehlbar erkannt werden könnte. Bei der Durchsicht der Literatur ergiebt sich, dass es sich um ein „höchst variables Krankheitsbild" handelt, sodass Laudenheimer[3]) zu dem Schluss kommt: „Es kommt einfach Alles vor bei der CS_2-Vergiftung, neurasthenische, hysterische, neuritische, tabische, cerebrale, vielleicht sogar epileptische Symptome."

Immerhin stehen in jedem einzelnen Falle, wie auch in dem unsrigen, die nervösen Erscheinungen im Vordergrunde, sie bilden die integrirende Gruppe bei der CS_2-Vergiftung. So spricht z. B. die erste englische Publikation[4]) nur von „schweren, nervösen Symptomen: allgemeine Schwäche, Kopfschmerz, Lähmungs-, Kälte- und Betäubungsgefühl in den Extremitäten, Lumbarschmerzen, Verlust des Gedächtnisses, Verlust des Geschlechtstriebes, furchtbare Träume, krampfhafte Muskelkontraktionen etc." Die Uebereinstimmung dieser allgemeinen Symptomatologie mit unserem Krankheitsbilde, wie es früher geschildert wurde, ist gewiss auffallend. Ein dem unsrigen ganz analoger Fall ist ferner von Kaether[5]) beschrieben worden, während der von Stadelmann[6]) in der medizinischen Gesellschaft 1896 vorgestellte Kranke gerade in den objektiven Symptomen eine auffallende Uebereinstimmung mit unserm Kranken zeigt: „Tremor, gesteigerte Patellarreflexe, fibrilläre Zuckungen der Muskeln am Oberschenkel."

[1]) Lehmann, Archiv f. Hygiene. Bd. 20.
[2]) Stadelmann, Berl. Klinik. Heft 98.
[3]) Laudenheimer, Die CS_2-Vergiftung der Gummiarbeiter. Leipzig 1899.
[4]) Alex Bruce: Edinburgh med. Journ. 1885.
[5]) Br. Kaether, Inaugural-Dissert. Berlin 1886.
[6]) Verhandlungen der Berl. mediz. Gesellsch. 17. Juni 1896.

Wenn es so schon durch Vergleich mit der Kasuistik wahrscheinlich gemacht wird, dass die nervösen Erscheinungen bei unserm Kranken Folgen von CS_2-Vergiftung sind, so wird diese Wahrscheinlichkeit noch durch den Nachweis gesteigert, dass eine andere Diagnose mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Es kommen meines Erachtens differentialdiagnostisch nur zwei Krankheiten in Betracht, nämlich hochgradige Hysterie und von organischen Hirn-Rückenmarksaffektionen die multiple Sklerose.

Hysterie ist schon wegen des Ueberwiegens der objektiven Symptome und wegen des Fehlens einer ausreichenden Veranlassung nicht gerade wahrscheinlich. Wollte man aber trotzdem den Fall als Hysterie betrachten, wie es hier und in ähnlichen Fällen oft geschehen ist, so könnte jedenfalls die CS_2-Vergiftung als Ursache des Ausbruches der Hysterie angesehen werden. Der Schwefelkohlenstoff würde dann nur das auslösende Moment, wie die französischen Autoren[7]) es bezeichnet haben: den agent provocateur gebildet haben. Man müsste dann eine hysterische Prädisposition annehmen, die aber in keiner Weise bewiesen ist, da der Kranke vor der angeblichen Beschäftigung mit CS_2 stets ganz gesund gewesen sein will. Für die richterliche Beurtheilung würde also bei der Diagnose auf Hysterie doch die Krankheit mittelbar als Folge der ungesunden Beschäftigung anzusehen sein.

Gegen die gewöhnliche multiple Sklerose spricht das Fehlen einiger kardinaler Symptome, nämlich der Sprachstörung und des Nystagmus, ferner vor Allem die Konstanz des Krankheitsbildes, das sich während eines ganzen Jahres der Beobachtung fast unverändert erhalten hat, während bei multipler Sklerose ein zeitweiliges Nachlassen und Neuhinzutreten von Symptomen, ein schubweiser Verlauf die Regel ist. Endlich ist zu bedenken, dass als fast einzige bekannte Ursache der multiplen Sklerose thatsächlich Intoxikation mit verschiedenen Stoffen, besonders mit Quecksilber und mit Kohlenoxyd[8]) nachgewiesen ist.

Es liegt daher nahe, unsern Fall als ein „durch CS_2 hervorgerufenes, der multiplen Sklerose sehr ähnliches Krankheitsbild“ zu bezeichnen, immer unter der Voraussetzung, dass der Kranke überhaupt der Einwirkung des CS_2 ausgesetzt gewesen ist.

Damit glaube ich alle Gründe angeführt zu haben, die es vom medizinischen Standpunkte in hohem Masse wahrscheinlich machen, dass die Krankheit eine Folge der ungesunden Beschäftigung, des Aufenthaltes in dem ungesunden Arbeitsraum ist.

3. Ist der Kläger in Folge der Erkrankung völlig erwerbsunfähig?

Diese Frage ist durchaus zu bejahen. Da es sich ohne Zweifel um ein schweres chronisches Nervenleiden handelt, sei dies nun Hysterie oder multiple Sklerose oder ein dieser ähnliches, durch CS_2-Intoxikation erzeugtes Krankheitsbild, so ist der Kranke während der Dauer des Leidens im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes erwerbsunfähig, d. h. völlig erwerbsunfähig. Eine theilweise Erwerbsunfähigkeit kennt dieses Gesetz nicht. Auch im Sinne des Invaliditätsgesetzes liegt völlige Erwerbsunfähigkeit, d. h. Invalidität vor, da der Kranke im Gebrauch der Arme und Beine erheblich behindert erscheint und nach der zur Zeit und am Ort üblichen Praxis dieses Gesetzes in seiner Erwerbsfähigkeit soweit beeinträchtigt ist, „dass er nicht im Stande ist, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art etc. zu verdienen pflegen.“

4. Muss er wegen seines Siechthums besonders kräftig essen, sehr viel Milch trinken und sich zum Besuch des Arztes, der Klinik, der Krankenkasse und zu den sonstigen Besorgungen eines Fuhrwerks bedienen?

Ist zu bejahen. — Die Nothwendigkeit, durch kräftige und zweckentsprechende Ernährung, speziell in der Form von Milch, den vorhandenen allgemeinen Schwächezustand zu beheben oder wenigstens den Versuch dazu zu machen, kann nicht bestritten werden, zumal eine andersartige Therapie nicht bekannt ist. Es kommt bei der Wiederherstellung im Wesentlichen auf günstige hygienische Verhältnisse, Ruhe, gute Luft, gute Ernährung und dergleichen an. Andererseits ist der Kranke, obwohl er nicht eigentlich gelähmt ist, in Folge der Steifigkeit und Ermüdbarkeit der Beine nicht im Stande, weite Wege zu Fuss zurückzulegen.

5. Ist die in Folge der Erkrankung eingetretene Vermehrung der Bedürfnisse des Klägers auf drei Mark wöchentlich zu veranschlagen?

Die Summe von drei Mark erscheint mir jedenfalls zu diesen Zwecken nicht zu hoch, wenn damit die nothwendige bessere Verpflegung und die Fahrtunkosten bestritten werden sollten. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass ein Theil der Kosten bisher von der Krankenkasse, welcher der Patient angehört, getragen worden ist, und dass diese Mehrausgaben schliesslich nicht auf unbegrenzte Dauer nothwendig sein dürften.

II.

In Sachen des Drehers P. T. zu Berlin gebe ich als Sachverständiger mein Gutachten folgendermassen ab:

1. Es ist möglich und wahrscheinlich, dass T. in Folge CS_2-Vergiftung in Siechthum verfallen ist.
2. Zur Zeit ist er als völlig erwerbsunfähig zu betrachten.
3. Ob die völlige Erwerbsunfähigkeit eine dauernde sein wird, lässt sich nicht mit Bestimmtheit angeben.

Krankengeschichte.

T. giebt an, früher im Wesentlichen gesund und ein sehr kräftiger Mann, weder Raucher noch Trinker, gewesen zu sein. Er ist 46 Jahre alt, geschieden. Seine jetzige Erkrankung rühre davon her, dass er vom 14. August bis 21. September 1900 in einem ungesunden Arbeitsraum beschäftigt gewesen sei, der neben dem sogenannten Vulkanisirraum gelegen sei und selbst täglich längere Zeit zum Vulkanisiren von Paragummi benutzt worden sei. Durch häufiges Einathmen des bei dieser Fabrikation sich verflüchtigenden Gases, angeblich Schwefel-Kohlenstoff, sei er gleichzeitig mit anderen Arbeitern an Magenbeschwerden erkrankt und von Herrn Dr. R., Magenarzt, behandelt worden. Er habe noch einmal kurze Zeit wieder in denselben Räumen gearbeitet, sei von Neuem erkrankt und habe — hauptsächlich wegen allgemeiner Schwäche und Erschlaffung im ganzen Körper, — sich in die Charité aufnehmen lassen. Hier seien zwar die Magenbeschwerden gehoben worden, sodass er im Dezember gebessert entlassen worden sei, doch sei die Schwäche der Glieder seitdem eher schlimmer geworden, besonders seien die Arme völlig kraftlos geworden und geblieben, obwohl er dauernd mit Elektrizität, Massage und dergleichen behandelt worden sei.

Gegenwärtige Klagen.

Die gegenwärtigen Klagen bestehen in völliger Kraftlosigkeit der Hände, Schwäche der Beine und zeitweiliger Er-

[7]) Pierre Marie, Bull. des hôpit. de Paris 1888.

[8]) Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkr. S. 238.

schlaffung der Augenmuskeln, besonders bei Temperaturwechsel, ferner Gedächtnissschwäche und Gemüthsverstimmung.

Status.

Die Untersuchung ergiebt, dass es sich um einen ausserordentlich kräftig gebauten Mann handelt, mit gut entwickelter Muskulatur, starkem Fettpolster, frischer Gesichtsfarbe. Von Seiten des Herzens und der Lunge ist nichts Krankhaftes nachzuweisen. Die Zunge ist etwas belegt, die Verdauung normal, nur morgens häufig Schleimbrechen. Die Leber ist unterhalb des Rippenrandes fühlbar. Häufig wurde Foetor alcoholicus konstatirt.

Kein Schwanken bei Augenschluss. Reflexe normal. Pupillen sehr eng, reagirend. Sensibilitätsstörungen nicht nachweisbar.

Die Hände zeigen ein leichtes Zittern, Bewegungen nach allen Richtungen hin möglich, nur Streckung nach oben beschränkt, desgl. die Streckung der Finger (Radialisparese). Die motorische Kraft am Dynamometer (Händedruck) absolut gleich Null bei zahlreichen Prüfungen, trotzdem keine Atrophie; elektrische Reaktion normal, nur gesteigerte faradische Hauterregbarkeit. Schwäche der Beine ist objektiv nicht nachzuweisen, Gang normal.

Diagnose.

Es handelt sich demnach, — einen leichten Grad von chronischem Alkoholismus abgerechnet, — um eine nach einer Magenaffektion zurückgebliebene allgemeine Abnahme der Kräfte, die in den Händen wenigstens objektiv nachweisbar ist, hier sogar sehr hochgradig ist und hauptsächlich die Streckmuskulatur befallen hat. Schon diese Charakteristik macht die Annahme einer Intoxikation sehr wahrscheinlich, als deren Ursache sehr wohl CS_2 angesehen werden kann, natürlich unter der Voraussetzung, dass die früheren Angaben des Patienten über seine Beschäftigung und Erkrankung auf Wahrheit beruhen. Jedenfalls entspricht sowohl der Verlauf als auch der Befund durchaus dem in der Literatur beschriebenen Bilde der gewerblichen CS_2-Vergiftung; auch findet sich in der Kasuistik eine ganze Anzahl von Fällen, die mit dem unsrigen ausserordentlich übereinstimmen.

Differential-Diagnose.

Andererseits dürfte es sehr schwer sein, bei unserm Kranken mit Bestimmtheit oder einiger grösserer Wahrscheinlichkeit eine andere Diagnose zu stellen.

1. Hysterie.

Leichter als sonst bei Verdacht auf CS_2-Vergiftung ist hier zunächst Hysterie auszuschliessen, selbst wenn man sich nicht auf den etwas laxen Standpunkt Laudenheimers stellt, die Symptome so lange für toxisch zu halten, als nicht der Beweis einer präexistirenden Hysterie entweder anamnestisch oder klinisch direkt erbracht ist. Bei unserm Kranken zeigt sich auch nicht die geringste Andeutung der hysterischen Stigmata, seine ganze Konstitution lässt die Annahme einer hysterischen Prädisposition fast als absurd erscheinen.

2. Alkoholismus.

Schwieriger ist hingegen der Einfluss zweier anderer Faktoren zu beurtheilen, nämlich des Alkoholismus und der Simulation. Ersteren hat der Kranke regelmässig in Abrede gestellt, obwohl die Organuntersuchung und der Augenschein mit ziemlicher Sicherheit das Gegentheil erweist (foetor ex ore alcoholicus, vomitus matutinus, Lebervergrösserung etc.). Es wäre ja nun zu weit gegangen, etwa das ganze Krankheitsbild als chronischen Alkoholismus aufzufassen. Man wäre dann gezwungen, die Schwäche der Glieder und die Parese der Vorderarme auf multiple Alkoholneuritis zurückzuführen, was schon mangels Schmerzen, Druckschmerzen, Sensibilitätsstörungen und dergl. nicht angängig ist. Mindestens ist aber der Alkoholismus als prädisponirendes Moment nicht auszuschliessen, die CS_2-Vergiftung ist durch ihn ausgelöst, ihr Eintritt erleichtert worden.

3. Simulation.

Aus dem Vorigen folgt schon, dass den Angaben des Patienten gegenüber eine gewisse Vorsicht geboten ist und demnach die Möglichkeit der Simulation nicht a priori von der Hand zu weisen ist. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass der Patient Schilderungen seiner Krankheit, die unter den Arbeitern als „Gummiluft-Krankheit" bekannt ist und natürlich mit Interesse verfolgt wird, gelesen hat und sich davon — wenn auch vielleicht nicht absichtlich — hat beeinflussen lassen. So erklärt es sich, dass er in seiner Krankengeschichte Symptome erwähnt, die erweislich nicht vorhanden waren, z. B. Diarrhoen und Erbrechen im Beginn, ferner, dass er sich über andere Beschwerden, etwa die Schwäche der Augenmuskeln, in einer Weise äussert, die nicht den Eindruck des Selbstempfundenen erweckt.

Andererseits kann man freilich auch nicht annehmen, dass er sich so gut informirt haben sollte, um die ganze, doch ziemlich charakteristische Krankheit zu erfinden und die Symptome über ein Jahr hindurch unverändert bei zahlreichen Untersuchungen immer wieder aufzuweisen, während er grade die am leichtesten zu erfindenden Klagen, wie Kopfschmerz, Schwindel und dergleichen sich nicht hätte zu Nutze machen sollen.

Man wird also eine gewisse Neigung zum Uebertreiben wohl zugeben können, und doch zu dem Schlusse gelangen, dass mit Wahrscheinlichkeit CS_2-Vergiftung als Ursache des Siechthums anzusehen ist.

Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen Haarfärbemittels.

Von
Dr. Josef Schütz-Frankfurt a. M.

Nachfolgender Fall dürfte für den Arzt in mehrfacher Hinsicht ein praktisches Interesse bieten.

In meiner Sprechstunde erschien ein Herr, welcher nach einmaliger Anwendung eines „neuen" Haarfärbemittels am voraufgegangenen Tage über starkes Jucken und Brennen der Kopfhaut klagte, so dass er in der Nacht nicht schlafen konnte.

Objektiv liess sich ein leichtes Erythem und eine Schwellung der Kopfhaut nachweisen, weiter nichts. Bei der ersten Untersuchung bestand ein auffallender Kontrast zwischen den geringen Symptomen und den heftigen Schmerzensäusserungen. Da es mir indess bekannt war, welche Dimensionen aus kleinen Anfängen Eczeme und Dermatitiden, wie sie nach Chrysarobin, Pyrogallol, Terpentin entstehen können, gerade an der Kopfhaut nehmen können, stellte ich von vornherein eine ernste Prognose, verordnete für längere Zeit Stubenaufenthalt, Niederlegung der Beschäftigung, Fernhaltung aller mechanisch oder chemisch wirkenden Reize (Wasser, Seife, Rasiren, Rauchen), reichliche Verwendung indifferenter Puder, namentlich in Eis gekühlter trockener Säckchen.

Trotzdem so rasche und richtige Therapie eingriff, nahmen die Hauterscheinungen drei Wochen hindurch an Intensität und Extensität gradatim zu, und steigerten sich dementsprechend die Beschwerden bis zum Unerträglichen.

Die ganze Kopfhaut wurde ödematös, mit Bläschen und Blasen besetzt. Stirn und Gesichtshaut schwollen an. Die Lider schwollen ödematös an, so dass vormittags die Augen kaum geöffnet werden konnten; Hals und Brust bekamen ein

ausgedehntes juckendes Erythem mit Schwellung der Haut, theilweise in senkrechten Striemen wie nach einer heruntergelaufenen ätzenden Flüssigkeit; schliesslich — nach zwei Wochen — erschienen auch in den Handtellern die bekannten tiefliegenden, wie Sagokörner durchschimmernden, furchtbar juckenden Eczembläschen. Die Therapie hatte Gelegenheit, mit Puder, Pasten, Lotio Zinci, Einfettungen, mechanischen Reinigungen zu folgen.

Die Ausbreitungsweise der Erkrankung wird verständlich, wenn wir erfahren, dass Patient das Mittel in seinem Badezimmer, um Flecken zu vermeiden, unbekleidet sich applizirte und alsdann vorschriftsmässig nach Gebrauchsanweisung sich abwusch.

Das Stadium crustosum und desquamationis, das mit dem ganzen modernen Heilapparat erträglich zu gestalten, ich mich bemühte, dauerte zwei Wochen.

Patient hatte also ausser fünf Wochen Schmerzen, Geschäftsausfall, Kosten für Arzt und Apotheke zu tragen.

So war es natürlich, dass er die Vertriebstelle des als „absolut unschädlich", „garantirt ohne Metallgehalt" und „rein pflanzenstoffhaltig" gepriesenen Haarfärbemittels „Juvenia" von Apotheker Guesquin, Chemiker, in Paris wenigstens auf die ausgelegten Kurkosten einklagte.

Ich erhielt eine Ladung als „Zeuge" mit einem rückseitigen Inhaltsvermerk voller Fragen, die nur durch eine sachverständige Begutachtung zu beantworten möglich waren.

Als ich dem Richter bemerkte, ich sei lediglich als Zeuge geladen und könne als solcher ohne jede Reflexion nur das objektiv berichten, was ich mit meinen fünf Sinnen wahrgenommen, erklärte derselbe, dass er mich bei Weigerung zu Aeusserungen als „sachverständiger Zeuge" zu zwingen vermöge.

Ich erklärte nunmehr, dass ich allerdings eine derartige Aussage ohne Vernehmung als Sachverständiger verweigere. Hierauf wurde ich als Zeuge, dann als Sachverständiger vereidigt und vernommen.

Das von mir diktirte Gutachten gipfelte in dem Schlusssatz, dass eine Erkrankung vorgelegen habe, welche grosse Aehnlichkeit mit einer Dermatitis zeigte, wie sie nach Gebrauch von Pyrogallol oder sonstigen stark reduzirenden oder oxydirenden Substanzen vorkommen könne.

Jetzt erst unterbreitete mir der Richter das schriftliche Gutachten des Chemikers (Fresenius). Nach dessen Analyse enthielt die eine der beiden, mit „Eau oxygenée" bezeichnete Flasche eine Wasserstoffsuperoxydlösung, die andere („Juvenia") eine Lösung von Paramidobenzol.

Es wurde mir nun die Frage vorgelegt, ob genannte Substanzen als solche bekannt seien, die eine Hautentzündung zu machen im Stande wären?

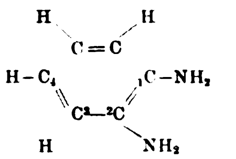
Ich bejahte dies, nachdem ich mir überlegt, dass „Paramidobenzol" mit dem in der dermatologischen Literatur mehrfach erwähnten „Paraphenylendiamin" identisch ist.

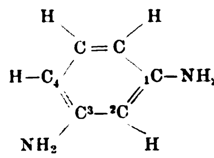
[Ich glaube, es ist für jeden Arzt interessant, die Art und Weise sich zu merken, wie das Gericht zuweilen mit medizinischen Sachverständigen umzugehen beliebt, welche Art Fragen es ohne Vorbereitung zur Beantwortung stellt.

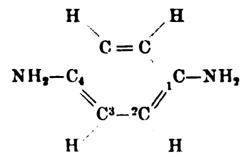
Das immer wieder versuchte Vorladen des Arztes als „Zeuge", um Sachverständigengebühren zu umgehen, sollte man, wie ich es gethan, grundsätzlich durch die entsprechende Haltung pariren. Das ist man sich selbst als Arzt und dem ärztlichen Stande schuldig. Eine Nachfrage bei praktischen Juristen hat ergeben, dass ein Richter im oben angedeuteten Sinne auf den Arzt einen Zwang auszuüben, keine Befähigung hat, wie ja auch die praktische Handhabung in unserem Falle es zeigte.

Zweitens erscheint mir fürderhin die Vorsicht geboten, ein Gutachten womöglich erst nach Einsicht der Akten abzugeben, selbst wenn dadurch neue Termine und eigne Zeitverluste nöthig würden. Es mag ja Gründe geben, von einem Gutachter jegliche Beeinflussung durch sonstige Gutachten fernzuhalten. Indess dürften das vereinzelte Fälle bleiben. Die Gerichtsärzte pflegen vorher von den Akten Einsicht zu nehmen, darum sollen es die Privatärzte bei einer Sachverständigenthätigkeit ebenfalls verlangen. Das entspricht der Billigkeit.]

Das Paramidobenzol gehört zu den Diamidobenzolen, auch Phenylendiamine genannt, von der Formel $C_6H_4(NH_2)_2$, deren isomere Modifikationen mehrfaches medizinisches Interesse haben. Ihrer Struktur nach sind es Benzole, in denen 2 Wasserstoffatome durch die NH_2-Gruppe ersetzt sind und je nach ihrer Stellung bzl. Aufeinanderfolge am Benzolring als Orthodiamidobenzol (Phenylendiamin von Gries), Metamidobenzol und Paramidobenzol bezeichnet werden.

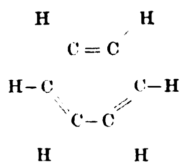

Stellung 1,2
Orthodiamidobenzol

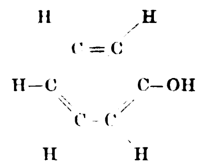

Stellung 1,3
Metamidobenzol

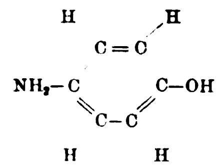

Stellung 1,4
Paramidobenzol

Das Metamidobenzol oder Metaphenylendiamin ist durch Unna[1]) in die mikroskopische Technik als Kernfärbemittel eingeführt worden. Eine Lösung desselben giebt auf Zusatz eines Tropfens $NaNO_2$-Lösung Vesuvin in statu nascendi.

Das chemisch nahestehende Paramidophenol ist diejenige Substanz, der Antipyrin, Phenacetin, Methylacetanilid (Exalgin), Pyrodin die antipyretische und antalgische Wirkung verdankt.[2])


Benzol


Phenol
(Hydroxyl-Benzol)


Paramidophenol

Das Paramidobenzol oder Paraphenylendiamin, also die Substanz, um welche es sich bei unserem Haarfärbemittel handelt, wurde 1889 von dem Chemiker Ernst Erdmann in Halle in Verbindung mit nachfolgender Oxydation durch verschiedene Stoffe, namentlich auch Wasserstoffhyperoxyd, zum Färben von Haaren und Federn benutzt. Dieses Verfahren liess sich der Erfinder patentiren, warnte davor, es zum Färben lebendigen Haares zu verwenden, weil die Substanzen reizten, und verbot zu einem solchen Zweck die Anwendung in Deutschland. Nach einem Vortrag von Paul Richter[3]) in der Dermatologischen Vereinigung zu Berlin am 3. November 1896 wird das Mittel vielfach im Auslande gebraucht. Die üblen Folgen blieben aber nicht aus. Cathélineau (cf. [3]) l. c.) demon-

[1]) Unna. Ueber Erzeugung von Vesuvin im Gewebe und über Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel, Monatshefte f. prakt. Derm. VI. 1887, p. 62, cf. auch
Max Joseph und C. Wurster, Ueber das Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel, Monatshefte f. prakt. Derm. VI. 1887, p. 243 und
Lee und Paul Mayer, Mikrosk. Technik 1901, p. 191.

[2]) Hinsberg und Treupel, Arch. f. exper. Path. und Pharm. Bd. 33. S. 216 ref. Deutsche med. Woch. 1894, No. 25. pag. 539, in Lewin, Therapeutische Mittheilungen.

[3]) Richter, Ueber Haarfarbe und Haarfärbung, ref. in Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIV. 1897 I, pag. 25, ferner in Arch. f. Derm. u. S. XXXVIII 1897, p. 280, cf. auch dessen gleichbetitelten Aufsatz in Derm. Zeitschr. 1897. Bd. IV, Heft 1.

strirte der französischen Gesellschaft für Dermatologie (10. Januar 1895) derartige Eczeme. Dieselben wurden von Fournier und Feulard bestätigt. Cathélineau[4]) berichtete am 13. Januar 98 in derselben Gesellschaft über 18 derartige Fälle, welche innerhalb dreier Jahre auf der Abtheilung von Professor Fournier beobachtet wurden. Beachtenswerth für uns ist es, dass auch bei diesen Fällen dieselbe Ausbreitung über Gesicht Hals, Arme, sogar Beine stattfand, dass 11 mal die Eruption gleich nach der ersten Applikation auftrat, 6 mal erst nach einigen Wochen, 1 mal erst nach 8 Monaten. Cathélineau führt die Hauteruption auf die reizenden Dämpfe von Chinon zurück, welche sich aus dem Paramidobenzol durch die oxydirenden Substanzen oder beim Kontakt mit der Luft bilden. Ebenso tauchte das Haarfärbemittel in Oesterreich als „Chinesische Haarfarbe Fo", auf und wurde von Robert Fischer in Wien verkauft (cf. [3]) l. c.). Sendtner[5]), Pollak[6]) sahen ebenfalls nach Gebrauch der Haarfarben „Fo" und „Phönix" heftige Eczeme. Daher warnen mit Recht Zeitschriften[7]) vor deren Anwendung. Es wird[8]) das Bedauern ausgesprochen, dass das gefährliche Mittel auf Grund der bestehenden Gesetze nicht beanstandet werden kann, da das Reichsgesetz vom 5. Juli 1887 das Präparat noch nicht kenne und erst einer Ergänzung bedürfe.

Der Erfinder jener Haarfärbung hat schliesslich ([3]) l. c.) selbst nach langen Versuchen eine umständliche Abänderung des Verfahrens ersonnen zum unschädlichen Färben auch des lebenden Haares. Unter dem Namen „Aureol" wurden von der neuen Zusammensetzung jedesmal nur für 1 Färbung ausreichende kleine Mengen in geschlossenen Fläschchen von J. F. Schwarzlose Söhne in Berlin in Handel gebracht und auch von P. Richter empfohlen ([3]) l. c.).

Aber auch dieses Aureol erwies sich als nicht immer reizlos. In der Berliner med. Ges. nahm 1. Juni 1897 Lassar[9]) Gelegenheit, nachdrücklichst vor dem Aureol zu warnen, nachdem eine Dame ein „erschreckendes toxisches Exanthem" durch diese Haarfarbe bekommen hatte. In der Diskussion meinte zwar P. Richter den schlimmen Ausgang auf eine Waschung mit zu konzentrirter Sodalösung zurückführen zu dürfen. Aber selbst wenn genannte Annahme unter Beweis gestellt worden wäre, würde das keineswegs die Ungefährlichkeit des Mittels darthun.

Wir müssen somit bis jetzt alle Phenylendiamine enthaltenden Haarfärbemittel als gefährlich ansehen.[10])

Ueber die physiologische Wirkung des Para- und Metaphenylendiamin bzl. deren Giftigkeit beim Thierexperiment haben Dubois und Vignon[11]) berichtet.

[4]) Cathélineau, Bemerkungen über 18 Fälle von eruptiven Erscheinungen nach Gebrauch einer paraphenylendiaminchlorhydrathaltigen Haartinktur, ref. in Monatsh. f. prakt. Dermat. XXVI. 1898 I, p. 311.

[5]) Dr. Sendtner, Forsch. Ber. 1897, p. 301, ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. XXVI. 1898 I. p. 532.

[6]) Pollak, Ein Fall von Paraphenylenvergiftung, Wien. Kl. Wochenschr. 1900, No. 31, ref. Münch. med. Woch. 1900, No. 33, pag. 1145.

[7]) Pharmazeut. Centralh. 1897, No. 38, ref. Monatsh. f. prakt. Derm. XXVI l. c.

[8]) Pharmazeut. Centralh. 1897, No. 42.

[9]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXV. 1897 II. p. 79.

[10]) cf. die Warnung des Bayerischen Staatsministeriums vor Haarfärbemitteln, speziell den Paraphenylendiamin-haltigen, z. B. der „Teinture Africaine", Münchener med. Wochschr. 1901 No. 32 pag. 1305.

[11]) Dubois und Vignon: Ueber die physiologische Wirkung des Para- und Metaphenylendiamin (Sitzber. der Académie des Sciences zu Paris, 17. Septbr. 1888); ref. nach Allg. ärztl. Zentral-Zeitg. 1889. 6 Stück.

Es wäre zu wünschen, dass die Gesetzgebung, welche mit so grosser Vorsicht die Dosirung innerer Heilmittel überwacht, den Punkt schärfer ins Auge fassen wollte, dass auch das Hautorgan des Menschen zu den Resorptionsflächen gehört, welche durch chemische Substanzen empfindlich geschädigt werden können, dass hierdurch der Gesundheit des Menschen oft ebenso grosse Gefahren drohen, wie durch die Applikation der Arzneien per os. Den Mitteln gegen Krankheiten die sogen. Kosmetika so gegenüberzustellen, dass Letztere freigegeben werden, dürfte im Prinzip sich als fehlerhaft erweisen. Es wird dazu führen, dass überhaupt den Mitteln zum äusserlichen Gebrauch eine zu geringe Sorgfalt gezollt wird. Unterstützt wird Letzteres noch durch die chemische Industrie, welche der Thatsache, dass grosse Apotheken ständig mehr Handverkauf und weniger Rezeptur im Umschlag aufweisen, mit eleganten und einer Revision kaum zugänglichen Packungen zur direkten Abgabe ans Publikum entgegenkommt. Hochprozentuirte Naphtholsalben, Chrysarobinpflaster und Chrysarobinstifte, Hg-präparate kann man oft genug bei Patienten antreffen ohne ärztliche Verordnung, während jeder Arzt derartige Anordnungen zu kontroliren für seine Pflicht halten wird.

Andererseits wieder sehen wir gerade bei Haarfärbemitteln Substanzen gefürchtet, wie z. B. die Schwefelbleischüttelwässer, von denen ich mit Kaposi[12]) sagen muss, dass sie bei vernünftiger Zusammensetzung auch bei jahrelangem Gebrauch zu einer Intoxikation nicht geführt haben. Gewiss ist Blei eine gefährliche Substanz, aber die Bleisalze sind das weniger. Bei einem Ueberschuss von Schwefel halte ich derartige Präparate für unbedenklich und verschreibe sie selbst bei jenen Formen von Canities im Rezept, die auf einem vermehrten Gehalt von Luft im Haarschaft beruhen. Da es sich hierbei lediglich um optische Effekte handelt, die Luftkügelchen wie die Fetttröpfchen in der Milch das Licht reflektiren und so eine weisse Farbe bewirken, sind die metallischen Haarfärbemittel hier sehr am Platze. Sie schicken an Stelle jener Luftkügelchen Metallsalzpartikelchen, heben jene optischen Effekte auf, der Blonde ist wieder blond, der Schwarze schwarz u. s. f. Wie man die Wasserleitungen nicht mehr aus Eisen macht, sondern immer aus Blei, weil sich rasch im Rohr kohlensaures Blei bildet, eine der unlöslichsten Verbindungen, welche die Chemie kennt, so kann man auch die Metallsalze, wie die Wismuth-, Blei- etc. Verbindungen, bei richtiger Zusammensetzung zum äusserlichen Gebrauch ruhig verwenden. Wenn viele Geheimmittel derart, die meist als „Hair-Restorer" früher verkauft wurden, jetzt verboten sind, so geschieht das hauptsächlich deshalb, um einer missbräuchlichen internen Benutzung derartiger Präparate vorzubeugen.

Ein Fall von epileptischer Geistesstörung bezw. Zwangshandlung im epileptischen Zustande.

Von
Dr. med. A. Eberschweiler in Wolfshalden (Schweiz).

Wenn hier die Rede ist von epileptischer Geistesstörung, so handelt es sich nicht um das habituelle Irresein der Epileptiker, sodern um eine transitorische in Begleitung eines epileptischen Anfalls oder an Stelle dieses auftretende Geistesstörung. Diese Materie ist zwar nicht mehr neu,*) jedoch halte ich die Veröffentlichung des in seiner Eigenart besonders interessanten Einzelfalles für angezeigt.

[12]) Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1899, p. 713.

*) Erste Publikationen bekannter Autoren: Morel 1860, Falret 1861.

Es fehlt mir leider bei dem nun folgenden Falle längere Beobachtungszeit, und muss ich mich darauf beschränken, wenig Anamnestisches und das Einzelvorkommniss darzustellen.

In der Nacht vom 24. auf den 25. Dezember cr. wurde ich von einem Polizisten requirirt, da ihm eine Frau N. im Begriffe des Inhaftirtwerdens in einen ohnmachtähnlichen Zustand gefallen sei. Bei meinem Eintreffen finde ich die Frau in einem tiefen epileptischen Anfall. Der Körper liegt ausgestreckt auf dem Sopha, der Kopf ist stark nach rechts gekehrt, die Augäpfel hingegen stehen äusserst weit nach links; von drei zu drei Minuten, ziemlich regelmässig wiederkehrend, wird der sonst ruhig daliegende Körper heftig hin- und hergeworfen und schlägt die Kranke mit Händen und Füssen um sich. Dieser Anfall dauert von ca. 4 Uhr bis 7 Uhr am Morgen, — also drei Stunden. — Darauf erfolgt Erwachen mit etwas Kopfweh und kurze Zeit dauernde Sinnestäuschungen. („Sie wollte nicht, dass die Frau mit dem Korbe sie belästige"). Am Nachmittag um 6 Uhr, als ich die Patientin wieder besuchte, finde ich dieselbe körperlich und geistig ziemlich normal und munter.

Polizeibericht.

Der beabsichtigten Verhaftung liegt folgender Thatbestand zu Grunde: Bereits am 22. Dezember wurde der Polizeiposten beauftragt, in dem Hause, in welchem sich Patientin als seit sieben Monaten mit dem Sohne verheirathete Ehefrau aufhält, nachzuforschen, da man allüberall hauptsächlich Kleidungsstücke fand, die in ziemlich ähnlicher Weise mit einem scharfen Gegenstande zerschnitten waren: Männerjaquets und Frauentaillen mit einem Längsschnitt über den Rücken und Längsschnitt durch die Aermel, Frauenröcke in der Mitte der Vorderseite, Hosen der Länge nach etc. Die Familienangehörigen der jungen Frau waren tief erschrocken, da wieder und immer wieder vorher noch ganze Gegenstände zerschnitten zum Vorschein kamen, so auch Bettstücke aller Art. Bei allergrösster Aufmerksamkeit (namentlich von Seiten des eifrigen Polizisten) sah man niemanden ins Haus gehen; man liess Thüren und Schlösser neu in Stand setzen; es nützte nichts: immer wieder neu Zerschnittenes, so dass die armen Leute schliesslich an Gespenster und Hexerei glaubten.

Dem Polizisten wurde es aber bald auffällig, dass die neu in die Familie gekommene Frau zumeist die Auffinderin der zerschnittenen Sachen war und dass die junge Frau jedes Mal mit gewisser Freude — kann man sagen — die Gegenstände demonstrirte. Zuletzt sagte man ihr dann — ohne dass man jedoch von Seiten der Angehörigen irgendwie Verdacht gehabt hätte — „sie solle doch gar nicht mehr suchen gehen, sie finde ja doch immer allein die zerschnittenen Sachen!" Da fand sie auf ein Mal auch ein Rasirmesser mit frischen Scharten voller Wollfäden. Der Polizist, der sich seiner Sache fast sicher war, nahm nun die Frau ins Verhör — jedoch leugnet sie auch bei Verhaftandrohung. Dem Polizisten fiel es nun auf, dass sich Blick und Gesichtszüge merkwürdig änderten und das stumpfe, gleichgiltige Benehmen drängte ihm die Frage auf: „Nicht wahr, Frau N., Sie sind krank?" und mit schonenden Fragen brachte er ihr das Geständniss heraus, dass sie die Thäterin sei. Der Polizist forderte sie nun auf, sich anzukleiden und mit ihr ins Untersuchungsgefängniss zu kommen. Sie nahm von nun Alles gleichgiltig auf, kleidete sich an, ass noch ein Brödchen und bekam, am Tische sitzend, einen Schüttelfrost, an den sich der Anfall sanft einsetzend — ohne Schrei und ohne Umfallen oder Krämpfe — anschloss. Soweit der Bericht des Polizisten.

Am Abend des 25. Dezember besuchte ich, wie oben erwähnt, nun wieder Frau N. und konnte Folgendes in Erfahrung bringen:

Beide Eltern leben und sind gesund, weder Alkoholismus noch andere Psychosen kämen in der Familie vor; auch sie selbst sei stets gesund gewesen bis vor 7 Jahren, als sie gelegentlich einer Menstruation den ersten epileptischen Anfall gehabt, die Zahl der Anfälle späterhin sei nicht gross gewesen und auch nie besonders schwere Anfälle. Aehnliche Handlungen wie die oben geschilderte seien bei ihr noch nie vorgekommen; seit 7 Monaten sei sie (26jährig) mit dem 22jährigen N. verheirathet und habe sie 14 Tage nach der Trauung bereits ein Kind geboren; seitdem habe sie bis heute, ausser obigem Anfall, noch einen eine halbe Stunde dauernden Anfall gehabt. Sie habe ihren Mann gern und auch die Familie desselben und niemals nur im geringsten Rachegedanken gehabt. Sie besinne sich recht gut, alle Sachen zerschnitten zu haben und habe eine Lust daran empfunden; Niemand habe sie dazu veranlasst; es habe sie geradezu dazu getrieben und sie habe nicht anders können. Jetzt nach dem Anfall fühle sie sich wieder wohl und wie von einem Banne befreit.

Die körperliche Untersuchung ergiebt nichts Auffälliges, namentlich keine Spuren einer Kopfverletzung (Pat. weiss auch nichts von einer solchen). Es ist höchstens noch bemerkenswerth, dass die Frau bereits wieder in der 10.—13. Woche schwanger ist.

Dieser Einzelfall war meines Erachtens illustrativ, wie kaum ein anderer: wir sehen hier nicht eines der gewöhnlichen epileptischen Aequivalente (Dämmerzustände ohne Rückerinnerung), sondern einen 3 Tage dauernden Drangzustand (mit Rückerinnerung), der sich zuguterletzt durch den Anfall als epileptisch ausweist. Der Anfall hätte ebensogut ausbleiben dürfen — wie wohl meist —, ohne dass die Zwangshandlungen dadurch ihren epileptischen Charakter eingebüsst hätten. Die strafbare Handlung und der epileptische Anfall waren hier in so engem Zusammenhang, dass jedem Laien die Abhängigkeit der Ersteren vom Letzteren erklärt erschien; anders steht es in den Fällen, wo bei einem Epileptiker die strafbare Handlung losgerissen zu sein scheint von dem Zustand der Epilepsie (vicariirende Fälle) oder, wo der epileptische Anfall noch nie beobachtet wurde, wo ferner der Laie stets den normalen Menschen gesehen hat; dort ist es uns schwer, den Richter zu überzeugen, dass wir es mit einer pathologischen Handlung zu thun haben.

Mein Gutachten lautete: Zwangshandlung im status epilepticus, sogenanntes transitorisches epileptisches Irresein, und wurde Pat. ausser Verfolgung gesetzt. Die Frage hingegen, ob Pat. in einer entsprechenden Anstalt unterzubringen sei, musste wegen der Gemeingefährlichkeit bejaht werden, trotzdem es mir hart erschien, eine Person, die eventuell Jahre lang normal bleiben konnte, in eine Anstalt unterzubringen.

Massregeln gegen Einschleppung der Volksseuchen auf der Eisenbahn.

Vortrag gehalten in dem Eisenbahnarztverein Münster im Juni 1901.

Von
Dr. **Prölss**-Schessel.

In den Betrachtungskreis dieser Arbeit sollen nur solche Seuchen einbezogen werden, welche vom Ausland bei uns eingeschleppt werden können: Aussatz, gelbes Fieber, Flecktyphus, Cholera, Pest und Pocken.

Der Wille, eine Seuche auf dem Transportwege zu bekämpfen, setzt die Ueberzeugung voraus, dass die seuche-

erregenden Ursachen an Reisenden, Transportgegenständen oder Transportmitteln haften, also eingeschleppt werden können. Wenn man, wie z. B. Pettenkofer seiner Zeit vom Typhus, annimmt, dass der Stand des Grundwassers, dass Wind und Wetter, dass sonstwie unbekannte Faktoren eine Seuche vermitteln, so ist die Möglichkeit nicht vorhanden, eine wesentliche Bekämpfung dieser Seuche von Massnahmen auf den Verkehrswegen, auf der Eisenbahn zu erwarten.

Nun, die Bakteriologie hat uns gezeigt, dass es körperliche, also transportfähige Elemente sind, welche die Volksseuchen erregen: die Bakterien. Sie hat uns auch ferner gezeigt, dass es Lebewesen sind, dass sie also bestimmte Bedingungen brauchen um ihr Leben zu erhalten und fortzupflanzen. Diese Bedingungen hat uns die Bakteriologie auch mehr oder weniger aufgedeckt, und diese gerade interessiren den Epidemiologen am wesentlichsten, sie muss der kennen, der an Bekämpfung der Seucheneinschleppung mitarbeiten will; denn wenn er die Bedingungen kennt, die bestimmte Krankheitserreger in ihrer Fortentwickelung begünstigen, und die Bedingungen, welche diese Fortentwickelung verhindern, so wird er, die Ersteren beseitigend, die Letzteren begünstigend, die Einschleppung von Volksseuchen wirksam bekämpfen.

Von diesen bekannten Kenntnissen seien einige angeführt: Verschiedene chemische Einflüsse werden von den Bakterien nicht vertragen, sofern diese Einflüsse lange Zeit genug einwirken: Karbolsäure, Sublimat, Kresol und vor Allem der Aetzkalk. Die Erreger von Pest und Cholera speziell erliegen leicht und schnell diesen Einflüssen. Auch gegen physikalische Einwirkungen sind die Bakterien empfindlich, die einen gegen Austrocknen, Belichtung, Besonnung, die anderen gegen Nässe, gegen Luftzutritt und -Entziehung: so vertragen z. B. die noch unbekannten Erreger der Pocken einen Zustand langen Austrocknens sehr wohl. Allen ist das Einwirken grosser Hitzegrade schädlich. Dabei unterscheidet man als verschieden schnell und sicher wirkend die trockene Hitze (z. B. Abglühen) und die nasse, bei letzterer wieder das Pasteurisiren von Flüssigkeiten, d. h. kurze Einwirkung einer Temperatur von 60—80 Grad Celsius, das Auskochen, das Einwirken von strömendem und vor Allem von gespanntem Wasserdampf. Letzteres Beides wirkt am schnellsten und am gründlichsten, da es auf Gegenstände mit faltiger Oberfläche, mit Winkeln und Ecken bis in die verborgensten Theile einzuwirken vermag. Man bedient sich denn dieses Systems, um die Gebrauchsgegenstände des Lebens von Krankheitserregern frei zu machen, zu desinfiziren, zu sterilisiren so allgemein, dass man unter Desinfektionsapparaten im Allgemeinen nur solche versteht, welche mit strömendem Wasserdampf und solchem von geringer Spannung bedient werden. Gegenstände, deren Grösse und Wiederstandsfähigkeit gegen Hitzegrade es gestattet, sie dem Einfluss eines solchen Apparates auszusetzen, sind denn in Folge der fast allgemeinen Aufstellung solcher Apparate an grösseren Plätzen leicht von ansteckenden Keimen zu befreien und verursachen dem Praktiker keine Kopfschmerzen mehr.

Andererseits zeigt uns die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Bakterienleben, welche Einflüsse als günstig für deren Entwickelung anzusehen sind. Allesammt können sie wegen ihrer spezifischen Schwere nicht wohl in reiner Luft schwebend vorkommen. Wohl aber ermöglicht ihnen ihre Kleinheit sehr wohl die Existenz auf dem leichten, schwebenden Luftstaub. Demzufolge wird in der Vorsorge für reine, staubfreie Luft ein wesentliches Moment gegeben sein, die Verbreitung von Seuchen auf dem Luftwege zu verhindern. Desgleichen werden Gegenstände mit glatter Oberfläche, welche dem Staub keinen Halt oder die Möglichkeit, einzudringen, bieten, nicht geeignet sein, Krankheiten zu übermitteln.

Bestimmte Bakterien können ohne Luft, z. B. im Wasser, sich nicht nur am Leben erhalten, sondern sogar am besten weiter entwickeln, so die Cholerabazillen in Wasser, oder noch besser salzhaltigem Wasser von 15—30° Celsius. Daraus folgt, dass derartiges Wasser, einmal mit Choleraansteckungsstoffen infizirt, diese Seuche leicht weiter übertragen kann und dass gegen diesen Uebertragungsmodus eine Prophylaxe auf anderen Verkehrswegen, z. B. auf der Eisenbahn, nutzlos sein wird.

Wir wissen weiter, dass es vor Allem die Auswurfsstoffe und Ausleerungen der Kranken sind, welche die lebensfähigsten Keime zur Krankheit enthalten: die Ausleerungen der Cholerakranken, das Sputum, das Blut der Pestkranken, der Eiter der Pockenkranken enthalten die übertragbaren Krankheitsstoffe, und die damit behafteten Gegenstände der Krankenumgebung, die Hand des Krankenpflegers sind vor Allem der Weiterverbreitung verdächtig. Wird also in jedem Einzelfalle dem Erkrankten eine wohlgeordnete Krankenpflege in isolirtem Raume zu theil, welche sofortiges Unschädlichmachen aller Auswurf- und Entleerungsstoffe, aller damit in Berührung gekommenen Wäschestücke, Gegenstände, Pflegerhände gewährleistet, so wird am wirksamsten der Hauptweg verschlossen, auf dem sich die Seuche weiterverbreiten könnte. Andererseits wird eine gegentheilige Behandlung des Erkrankten, unter deren Einfluss er frei umhergehend immer neue Stellen infizirt, z. B. ein Abschiebungssystem, die verderbenbringendsten Folgen nach sich ziehen.

Nicht unbekannt blieb es ferner den Bakteriologen, dass bestimmte Krankheiterreger nur im lebenden Menschen existiren können (z. B. die der Syphilis), also nur von Mensch auf Mensch übertragen werden können, andere hingegen auch im Körper bestimmter Thiersorten vorkommend, weit verbreitete Epizootien erzeugen können und so wiederum die Verbreitung der menschlichen Epidemieen befördern. Diese Verbreitungsart ist für die Pest durch Ratten festgestellt; und es wird demnach, um Pesteinschleppung zu verhüten, nöthig sein, die Einschleppung fremder Ratten zu vereiteln.

Es würde nun der wissenschaftlich festgestellten Thatsache, dass die Krankheitserreger der Volksseuchen körperliche Elemente sind, welche eines Trägers zur Weiterverbreitung bedürfen, entsprechen, wenn man als wirksamste Massregel gegen deren Einschleppung eine vollständige Absperrung des zu schützenden Inlandes gegen das verseuchte Ausland empfehlen wollte.

Dieser theoretischen Erwägung steht jedoch die Erfahrung gegenüber, dass nur einmal in der Geschichte es vorgekommen ist, dass die vollständige Absperrung eines Seuchegebietes die weitere Verbreitung einer Krankheit gehemmt hat, sonst ist in jedem Falle jedweder Grenzkordon (die Absperrung des Landweges) und jede Schiffssperre (die Absperrung des Seeweges) vergeblich gewesen. Den Verkehrswegen folgend, überschritten die Seuchenzüge ohne den geringsten Aufenthalt die politischen Grenzen, Gebirge, Flüsse und Ozeane.

Der einzige Fall von Erfolg war, als 1878 die Pest ganz plötzlich in dem kleinen verkehrsfernen Uraldörfchen Weltlianka inmitten eines weiten, ganz pestfreien Distriktes auftrat. Da gelang es durch Aufgebot der riesigen militärischen und sonstigen Hilfsmittel des russischen Reichs, die Pest auf diesen Herd zu beschränken. Es handelte sich da aber um besonders günstige Umstände, um die Möglichkeit einer geschlossenen, ringförmigen Isolirung eines ganz kleinen, verkehrsunwichtigen Oertchens durch das grösste und am rücksichtslosesten auftretende Staatswesen der Welt.

Dass sonst der Gang einer Volkseuche ohne Halt Sperre, Kordon, Quarantäne und Grenze überschreitet, kommt davon,

dass es im Allgemeinen unmöglich ist, dem menschlichen Verkehr hermetische Schranken zu setzen, sie werden oft durchbrochen oder häufiger umgangen.

Man stelle sich nur einmal vor, was wird, wenn ein Cordon von Soldaten z. B. die russisch-deutsche Grenze abschliesst. Der Grenze entlang würden Doppelposten stehen, sodass der eine den anderen sehen kann und kein Lebewesen unbeschossen durchkommt. Hinter den Doppelposten lagern die Soutiens, von denen die Doppelposten abgelöst werden, auch die Soutiens bedürfen der Ablösung und ganze Armeekorps werden längst der langen Grenze aufgeboten sein. Jeder Mensch, der sich der Grenze auf bestimmte Entfernung nähert, wird niedergeschossen.

Hierbei ist schon die Möglichkeit der Seucheinfektion gegeben, sobald ein Erkrankter erschossen wird: Die Beerdigung oder das Liegenlassen der Leiche setzt die Soldaten der Infektion aus.

Wie aber wird die strikte Absperrung aufrecht erhalten zur Nachtzeit, in stark coupirtem Terrain, oder sobald die Grenze durch Städte geht? Hier ist sie unmöglich strikte durchzuführen.

Weiter ist die Aufgabe zu lösen, in der unvorbereiteten oft hilfsmittelarmen Gegend das Riesenaufgebot von Truppen gut zu verpflegen und zu kontroliren. Beides ist unbedingt nöthig, sonst wird aus dem Kordon ein Leiter der Seuche, denn schlecht verpflegte Menschenmassen erkranken besonders leicht an Volksseuchen und sind des Hungers wegen schwer zusammenzuhalten. Aber Beides ist unmöglich: Denn eine die Grenze entlang führende Bahnlinie, Lazarethe und Proviantháuser daselbst haben wir nicht, und wer will es ausschliessen, dass der oder jener Soldat dem Trieb der Neugierde, des Amusements, des Geschlechtssinnes folgend, einmal die Grenze überschreitet und mit der Bevölkerung in Berührung tritt?

Schliesslich, wer bürgt dafür, dass nicht via Dänemark oder Oesterreich russische verseuchte Waaren oder Reisende mitten ins innerste Deutschland importirt werden? Der Handel ist nämlich im Falle der Grenzsperre sehr wohl in der Lage, derartige Umwege zu bezahlen, denn an der einen Seite der Grenze werden sich Unmassen Waaren bestimmter Art aufstauen und für geringsten Preis zu haben sein, auf der anderen Seite wird der Mangel gerade dieser Waarenarten die allererstaunlichsten Preise bilden: Es werden sich nicht nur die Umwege, sondern selbst die wagehalsigsten Schmuggelzüge bezahlt machen.

Von einer Absperrung der Seeküste gilt das Gleiche. Es erscheint ja zunächst leicht, durch Kanonenschüsse die einlaufenden Schiffe am Nahekommen zu hindern, aber dann wird bald auf den längs der Küste wartenden Schiffen dasselbe zu Tage treten, was sich auf dem Lande längs der Grenzsperre zeigt: Das nur leicht verseuchte aber einer guten Fürsorge ermangelnde Schiff wird zu einer Brutstätte weiterer Seuchefälle, das grosse Interesse an der Landung von Reisenden und Waaren, welches mit jedem Tag der Sperre und des Wartens wächst, giebt die Mittel an die Hand, sich unter Schutz von Sturm oder Nacht durch wagehalsige Landungsversuche der Kontrole zu entziehen, und ins Inland eingeschleppt, wird strenge Verheimlichung der Einzelfälle ein unbemerktes Weiterglimmen des Seuchefunkens bewirken.

Alle solche Massregeln pflegen überhaupt dem Nationalwohlstand weit beträchtlicheren Schaden zuzufügen, als ihn die Seuche allein zu veranlassen pflegt, und in unserer Zeit, deren Zeichen der Verkehr ist, ist dieser Schade ganz besonders hoch anzuschlagen.

Um den Zustand, den die Aufrechterhaltung von Grenz- und Seesperren schafft, zu charakterisiren, giebt es kein prägnanteres Bild als das von Nocht gewählte: (Weyl IX. 576).

„Wer sich dieser Mittel bedient, handelt wie ein Mann, der durch eine sein Wesen umgebende Mauer dasselbe vor Feuer zu schützen meint, und bei eintretender Gefahr sich auf die Mauer ausschliesslich verlässt, die über die Mauer fliegenden Funken aber nicht beachtet, noch auf Wahrung der feuergefährlichen Gegenstände bedacht ist."

Man ist denn, seitdem die Bakteriologie uns Wesen und Verbreitungsweise der einzelnen Seuchen zeigte und auf besonders wirksame Mittel gegen einzelne hinwies, auf ganz andere Schutzmassregeln gekommen, und diese müssen Demjenigen wohl bekannt sein, der die Verschleppung der Volksseuchen auf dem Eisenbahnwege bekämpfen will.

Internationale Konferenzen der Kulturvölker und zwar 1893 in Dresden gegen Choleragefahr, 1897 in Venedig gegen Pestgefahr, traten zusammen, beschickt von den interessirten und sachverständigen Ständen: Der Kaufmann, der wissen konnte, welche Werthe bei Absperrungen und welche bei eintretenden Seuchen verloren gehen, der Verkehrsbeamte, dem bekannt ist, welche Wege bestimmte Waaren, welche Route Reisende bestimmter Provenienz nehmen, der Verwaltungsbeamte, der Erfahrungen darin hat, welche Massregeln polizeilich leicht durchführbar sind und welche umgangen werden, der Arzt, der taxiren, kann welche Krankheitszustände leicht zu erkennen, welche Massnahmen bei Verpflegung in Betracht kommen, der Bakteriologe, welcher die hemmenden und fördernden Einflüsse auf das Bakterienleben kennt, der Ingenieur, welcher die Pläne und Ideen der Vorhersorge durch Ausführung zweckentsprechender Bauten, Anlagen und Instrumente zu verwirklichen weiss, und vor Allem der Diplomat, welcher die internationale Durchführung bestimmter Massnahmen garantiren oder als unthunlich erkennen kann. Die durch derartiges Zusammenwirken geschaffenen Konferenzen haben nun etwa folgenden Weg der Seuchenbekämpfung durch Verträge festgelegt.

Man hat zunächst diejenigen Gegenstände und Waaren, welche durchaus ungeeignet sind, den Seuchenerregern als Träger zu dienen, dem Verkehr in jedem Falle überlassen, das sind vor Allem Gegenstände mit glatten Wandungen oder solche, deren feste Verpackung in seuchenfreier Umgebung die Freiheit von Krankheitskeimen garantirt, oder ferner solche, deren Herstellung unter Bedingungen erfolgt, welche das Bakterienleben ausschliessen, z. B. unter Siedehitze, Gluthtemperatur, Backofenwärme. Um einige zu nennen: Briefe, Zeitungen, fest in Ballen verschnürte unter hydraulischem Druck verpackte Waaren, Destillationsprodukte, Metallwaaren, Backwaaren, können unbehelligt die gegenseitigen Grenzen auch in Seuchezeit passiren. Damit ist denn schon ein bedeutender Theil des Verkehrs ungestört und seine Beobachtung unnöthig. Er stört also nicht die Aufmerksamkeit, welche wirklich verdächtigen Sachen zuzuwenden ist.

Von anderen Waaren, welche dieser Art nicht unterstehen, sind nur solche vom Verkehr ausgeschlossen, welche nach sachverständigem Urtheil verdächtig sind, dass sie mit den Auswurfs- oder Entleerungsstoffen von Kranken beschmutzt seien. Demzufolge wird alles Gepäck der Reisenden, Wäsche, Lumpen an den Zollstationen ärztlich geprüft. Der verdächtige Theil wird desinfizirt und kann dann die Grenze passiren, der unverdächtige kann es sofort.

Bei der Handhabung der Desinfektion gilt das oben Gesagte: was einen Dampf-Desinfektionsapparat nicht passiren kann, bleibt zurück.

Ist hierdurch schon eine nur ganz geringe Erschwerung des Verkehrs garantirt, denn ausdrücklich verpflichten sich die Vertragsmächte in den Konferenzen gegenseitig, nicht weiter zu gehen, so wird die Masse der verdächtigen Waaren

noch weiter eingeschränkt; dadurch, dass man nicht mehr ein ganzes Land als verseucht bezeichnet. Es erfahren jetzt durch telegraphische, internationale Vermittelung die Zentralsanitätsbehörden (z. B. Reichsgesundheitsamt, Berlin) jedes der Konvention beigetretenen Landes von jedem Seucheausbruch im ganzen Vertragsgebiete. Es wird dann nicht mehr das ganze Reich, in dem einzelne Seuchefälle vorkommen, als verdächtig gelten, sondern nur die Stadt, die Provinz, in der sich die Fälle häufen, und nur der Verkehr aus diesem beschränkten Gebiet wird überwacht und um so aufmerksamer kontrolirt werden können, als die Aufmerksamkeit nicht auf Vieles und Unnöthiges abgelenkt ist.

Die internationalen Bestimmungen über die besondere Art der Behandlung des Schiffereiverkehrs an der See und Flussgebieten und des Flössereiverkehrs auf den Flüssen übergehe ich, als nicht hierher gehörig. Vielmehr interessirt aber die Eisenbahn die Art, in welcher der Personenverkehr in Seuchezeiten zu ordnen ist. Auch hier sperrt man durchaus nicht mehr ganze Länder aus, noch kontrolirt man jeden einzelnen Reisenden. Nur die Reisende, welche aus verseuchten Gebieten stammen, kontrolirt man und desinfizirt auf ärztliche Anordnung deren Gepäck. Damit ist aber ja nun nicht ausgeschlossen, dass doch Reisende, welche auf Umwegen aus der betreffenden Gegend kommen, oder anderswo angesteckte Reisende in den Verkehr eintreten und uns mit Ansteckung bedrohen.

Nun, derartige Fälle sind einmal auch bei strengster Allgemeinkontrole nicht herauszufinden, im Allgemeinen aber, sagt man sich, ist der gesunde Reisende nicht ansteckend, aber sehr ansteckend und weithin den Ansteckungsstoff verbreitend ist der kranke Reisende und der aber nur dann, wenn er einer tadellosen Verpflegung ermangelt, denn eine solche wird alle Auswurfs- und Ausleerungsstoffe sofort vernichten, während sie sonst weithin verstreut werden. Man wird also vor Allem auf das Herausfinden der Erkrankten und auf die Verpflegung derselben seine Aufmerksamkeit zu richten haben.

Nun weiss man, dass eine derartige Verpflegung und Isolirung am einfachsten in grossen Krankenanstalten reicher und leistungsfähiger Staats- und Gemeindewesen zu bewerkstelligen ist. Die Krankenfürsorge auf den Knotenpunkten der Verkehrswege, wo selbige am einfachsten überwacht werden können, einsetzen zu lassen, ist ungünstig, es wird dort leicht an Material zur Krankenpflege mangeln und zur Ueberfüllung kommen. Beides würde der Verbreitung der Seuche Vorschub leisten und der vorbeifluthende Verkehr wäre sehr geeignet, in vielfältigster Weise die Seuche weiter zu verschleppen. Wie man bei Feuergefahr wohl einzelne Brandscheite leicht löschen kann, aber nicht mehr das brennende Magazin, so ist es leicht möglich, den einzelnen an Pest, Pocken oder Cholera Erkrankten im Inland zu isoliren, nicht aber die an der Grenze liegenden, überfüllten Massenspitäler.

Zu einer Erschwerung der Beobachtung und Isolirung, zu einer Ueberfüllung wird es aber leicht kommen, wenn man zu den Seuchekranken auch noch die Seucheverdächtigen rechnet. Um den Verdacht in Klarheit zu verwandeln und damit den Dienst wesentlich zu erleichtern, giebt es zwei Wege: die bakteriologische Untersuchung auf Seucheerreger und das Abwarten der Inkubationszeit, der Zeit, welche erfahrungsgemäss nöthig ist, damit aus der Ansteckung sich die Erkrankung deutlich entwickele. Sie beträgt bei Pest und Cholera 9 resp. 11 Tage. Wiederum wird man Untersuchung und Abwartung nicht gerade an die Grenze, sondern an die geeignetsten Stellen verlegen. Die bakteriologischen Untersuchungen werden in geeigneten, wohl vorbereiteten Instituten ausgeführt, solche sind im Inland ja in jeder Grossstadt. Aber auch an der Grenze sind derartige Einrichtungen von vorn herein vorgesehen und von kundigen Aerzten verwaltet. Wie ich weiter unten ausführen werde, sind es vier an der russischen Grenze, in Seuchezeiten werden noch mehr nöthig sein. Die Ueberwachung der Inkubationszeit wird im Inlande und in schonendster Weise ausgeführt, um nicht zu Kontrolentziehungen zu treiben:

Man lässt den verdächtigen Reisenden reisen, wohin er will und verpflichtet ihn nur bei hoher Strafe, sein Reiseziel anzugeben und wenn er es ändert, sich an dem neuen Reiseziel selbst zur Untersuchung zu stellen. Durch telegraphische Benachrichtigung erfährt die Polizeibehörde am Reiseziel das Eintreffen des Verdächtigen und lässt ihn durch einen Arzt untersuchen. Diese Kontrole wird 9 resp. 11 Tage lang durchgeführt, bei negativem Ausfall hat man die Gewissheit, dass der Seuchenverdacht unbegründet war, bei positivem Ausfall sorgt man für gute Verpflegung. Voraussetzung hierzu sind einwandfreie Aerzte, unbestechliche Polizeiverwaltung, verzweigte telegraphische Verbindungen, also Kulturländer; wo diese Voraussetzungen fehlen, wie z. B. im Orient, ist das System unmöglich. Voraussetzung ist ferner, dass die Verhältnisse der Verdächtigen so sind, dass sie sich einer Kontrole nicht entziehen, dies wird nur bei gutsituirten Reisenden oder reellen Geschäftsleuten der Fall sein, der Vagabund, der Zigeuner, der Auswanderer leistet keine Garantie dafür. Demzufolge hat man für die Auswanderer speziell gesorgt, wie weiter unten geschildert werden wird; die Vagabunden und sonstiges fahrendes Volk wird man in Seuchezeiten zwangsweise interniren und verpflegen müssen, und ist gemäss der internationalen Abmachungen dazu berechtigt, während für die freie Bewegung anderer Reisenden, bei Seuchenverdacht nur Kontrolmassregeln anzuwenden sind.

Es ist also der Bekämpfungsplan kurz rekapitulirt folgender: Der Verkehr der Reisenden wird möglichst wenig gestört, nur die erkrankten Reisenden sind herauszufinden. Da von diesen die bei Weitem grösste Gefahr der Einschleppung droht, so ist diese durch Darbietung bestmöglichster Pflege zu beseitigen.

Dies geschieht am besten in möglichst grossen, modern eingerichteten Krankenhäusern, nicht an der Grenze. Verdächtigerweise erkrankte Personen, sowie die Reisebegleitung erkrankter werden in schonender Weise 9—11 Tage beobachtet, solange sie reisefähig sind. Dies geschieht an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort. Sobald nicht mehr reisefähig, wird ihnen beste Pflege dargeboten und bakteriologisch die Erkrankung ermittelt.

Anders behandelt werden nur kontrolunsichere Personen.

(Schluss folgt.)

Referate.

Sammelbericht.

Gewerbehygienische Rundschau.

Von E. Roth-Potsdam.

In der Zeitschrift für Augenheilkunde (Bd. V, Heft 3) veröffentlichte Silex einen Fall einer eigenthümlichen Hornhautaffektion, die bei einem Arbeiter beobachtet wurde, dem etwa 4—5 mal ein Gemisch von Nitronaphthalin mit Benzin in die Augen gespritzt war. Ein ähnliches Krankheitsbild ist bisher nur in zwei Fällen bei Arbeitern beobachtet, die in Räumen beschäftigt waren, in denen die bei der Dynamitdarstellung sich ergebenden Abfälle zur Nitronaphthalinfabrikation verwendet wurden. Es erscheint wahrscheinlich, dass nicht die Krystalle des Nitronaphthalin sondern die Gase

die schädigende Substanz darstellen. Dass Benzingase für sich allein derartige Entzündungen hervorrufen, ist bisher nicht festgestellt.

Eine interessante Studie über die Gefahr und die Verhütung von Milzbranderkrankungen in Schaffellgerbereien veröffentlichte der Reg-Gewerberath Garrels in Frankfurt a. M. in F. A. Günther's deutscher Gerber-Zeitung 1901 (No. 81—83) vgl. Referat in Konkordia 1902. Nr. 11.

Nach den umfassenden Versuchen des Thierarztes A. Grieglio in Palermo konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass weder die in den Gerbereien angewandten Konservierungsmittel (Naphthalin, Kalk, Aether u. s. w.), noch die mechanischen Prozesse des Abschabens auf der Fleischseite oder Trocknens der Felle die Milzbrandkeime abzutödten im Stande sind. Wenn trotzdem bei einzelnen Arbeitsmethoden in der Gerberei weniger Milzbranderkrankungen beobachtet werden, als bei andern, so findet dies in den besonderen Verhältnissen der Arbeitsvorgänge seine Erklärung. So konnte Garrels in den Gerbereien in Kirchhain die Beobachtung machen, dass Milzbrand überall da, wo die Felle zum Zweck der Enthaarung geschwödet wurden, weit seltener war, als dort, wo sie geschwitzt wurden. Das sogenannte Schwöden geschieht auf verschiedene Weise, am häufigsten so, dass die Felle nach dem Weichen und Spülen an den Fleischseiten mit Arsenikschlamm oder Kalk bestrichen und sodann Fleischseite auf Fleischseite auf einander geschichtet werden. Hierdurch wird der Luftzutritt zu den Fellen und damit die Entwickelung der Milzbrandkeime behindert. Beim Schwitzen kommen die geweichten und gespülten Felle in nassem Zustande in die Schwitzkammern und werden hier frei aufgehängt bei einer Temperatur von 20 bis 30°, Bedingungen, die für die Entwickelung und Vermehrung der Milzbrandkeime besonders günstig sind. Als weiterer begünstigender Umstand kommt hinzu, dass sich beim Schwitzen lebhafte Fäulnissprozesse entwickeln, die ungezählte Fliegen anlocken, die in vielen Fällen die Uebertragung der Krankheitskeime vermitteln. Hieraus erklärt es sich, dass die Gefahr der Milzbrandinfektion beim Schwöden sehr viel geringer ist, als beim Schwitzen. Obwohl nach dem Reichs - Viehseuchengesetz alle Milzbrandfälle anzeigepflichtig sind und die betreffenden Kadaver sofort unschädlich gemacht werden müssen, reichen diese Bestimmungen zur Verhütung der Gefahr der Milzbrandinfektion für inländische Felle nicht aus, und zwar, wie das Verf. mit Recht annimmt, weil das Gesetz die Entschädigungspflicht auf das Grossvieh beschränkt und den Besitzern milzbrandkranker Schafe eine Entschädigung für die Einziehung und Vernichtung des Thierkadavers nicht gewährt. Der Eigenthümer hat daher in diesem Falle gar kein Interesse daran, feststellen zu lassen, ob das betreffende Thier an Milzbrand leidet oder demselben erlegen ist; er wird es vielmehr schleunigst tödten und enthäuten lassen, um noch aus dem Erlös des Fells einen gewissen Gewinn zu erzielen. Auf diese Weise kommen eine grosse Zahl milzbrandinfizirter Felle in den Handel.

Zur Verhütung der hieraus entspringenden Gefahren schlägt der Verfasser vor, besondere Sammelstellen für die sog. Sterblingsfelle im Gegensatz zu den Schlachtfellen einzurichten; erstere sind solche, die von Schafen herrühren, die im vorgerückten Stadium einer Krankheit geschlachtet sind und dadurch ausgezeichnet, dass das Fell auf der Fleischseite eine mehr oder weniger rothe Färbung zeigt im Gegensatz zu den Schlachtfellen, die auf der Fleischseite rein weiss sind. Das grösste Kontingent zu den sog. Sterblingsfellen stellen die Felle an Milzbrand gefallener Thiere. Würden diese an besonderen Sammelstellen gelagert, so liesse sich hier eine besondere Kontrole betreffs des Verbleibs der Felle leichter durchführen und es hätte jeder Gerber in der Hand, nur gesunde Felle zu verarbeiten. Referent kann sich von einer solchen Separirung der Schlacht- und Sterblingsfelle einen durchgreifenden Erfolg nicht versprechen, vielmehr erscheint die Einführung der Entschädigung auch für milzbrandkranke Schafe die einzige Erfolg versprechende Massregel. Nothwendig bleibt ausserdem, dass in allen Gerbereien die Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter aufs Sorgfältigste beobachtet werden, insbesondere das Verbot des Genusses von Speisen und Getränken in den Lager- und Arbeitsräumen, die gründliche Reinigung der Arbeitsräume nach beendeter Arbeit, das Tragen besonderer Arbeitskleider und vor Allem der Ausschluss aller Personen mit wunden Stellen im Gesicht und an den Händen. Nothwendig bleibt ferner die Bereitstellung der erforderlichen Desinfizientien und des Verbandszeugs. Zur Verhütung oder doch Einschränkung der Fliegenplage, die in den Gerbereien eine besondere Gefahr in sich schliesst, empfiehlt der Verfasser die vorherige Behandlung der Sterblingsfelle mit entsprechenden Mitteln.

„Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung, mit besonderer Berücksichtigung der graphischen Gewerbe, nebst einer Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen“ von Dr. Leopold Freund (Verlag von Wilhelm Knapp, Halle a. S., 1901). Das Buch giebt im Wesentlichen den Inhalt des vom Verfasser in der graphischen Lehr- und Versuchsanstalt in Wien gehaltenen Vorträge wieder. Da es für Laien bestimmt ist, wurde von der Beigabe umfangreicher statistischer Daten, wie von einer eingehenderen Darstellung der technischen Vorgänge und der pathologisch-anatomischen Befunde Abstand genommen. Den Berufskrankheiten der graphischen Gewerbe wurde ein besonderer Abschnitt gewidmet. Den Schluss bildet eine Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen. Im Allgemeinen wird zuzugeben sein, dass der Verf. seinen Zweck, den Leser über die Gesundheitsschädigungen, welche die einzelnen Berufsarten mit sich bringen, aufzuklären, erreicht hat.

Unter dem 23. Januar d. J. erliess der Bundesrath auf Grund des § 120c der Gew.-O. eine Bekanntmachung (Reichsgesetzblatt S. 33) über die Beschäftigung von Gehilfen und und Lehrlingen in Gast- und Schankwirthschaften, die am 1. April d. J. in Kraft tritt und den dringendsten gesundheitlichen Forderungen, namentlich bezüglich der Festsetzung bestimmter Ruhezeiten für die Angestellten Rechnung trägt. Nach diesen Bestimmungen muss jedem Gehilfen und Lehrling über 16 Jahre für die Woche sieben Mal eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 8 Stunden gewährt werden. Für Gehilfen und Lehrlinge unter 16 Jahren muss die Ruhezeit mindestens 9 Stunden betragen. Die höhere Verwaltungsbehörde ist befugt, in Bade- und anderen Kurorten die Ruhezeit für Gehilfen und Lehrlinge über 16 Jahre während der Saison, jedoch nicht über eine Dauer von 3 Monaten, bis auf 7 Stunden herabzusetzen. Neben dieser Ruhezeit müssen täglich, abgesehen von den Mahlzeiten, Ruhepausen in der Gesammtdauer von mindestens 2 Stunden gewährt werden. Der Zeitraum zwischen zwei Ruhezeiten, welcher auch die Arbeitsbereitschaft und die Ruhepausen umfasst, darf danach höchstens 16 bezw. 15, in Kurorten höchstens 17 Stunden betragen. Eine Verlängerung dieser Zeiträume ist für den Betrieb bis zu 60mal im Jahre zulässig. — An Stelle der den Gehilfen und Lehrlingen zu gewährenden ununterbrochenen Ruhezeiten muss ihnen mindestens in jeder dritten Woche einmal eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 24 Stunden gewährt werden; in Gemeinden mit mehr als 20000 Einwohnern ist diese Ruhezeit mindestens in jeder zweiten Woche zu gewähren. In denjenigen Wochen, in welchen hiernach

eine 24stündige Ruhezeit nicht gewährt zu werden braucht, ist ausser der ununterbrochenen Ruhezeit von der vorgeschriebenen Dauer mindestens einmal eine weitere ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 6 Stunden zu gewähren, und zwar in der Zeit zwischen 8 Uhr Morgens und 10 Uhr Abends. — Gehilfen und Lehrlinge unter 16 Jahren dürfen in der Zeit von 10 Uhr Abends bis 6 Uhr Morgens nicht beschäftigt werden, desgleichen dürfen in dieser Zeit nicht beschäftigt werden Gehilfen und Lehrlinge weiblichen Geschlechts zwischen 16 und 18 Jahren, so weit sie nicht zur Familie des Arbeitgebers gehören. — Als Gehilfen und Lehrlinge im Sinne dieser Bekanntmachung gelten solche Personen männlichen und weiblichen Geschlechts, welche im Betriebe der Gast- und Schankwirthschaften als Oberkellner, Kellner oder Kellnerlehrlinge, als Köche oder Kochlehrlinge, am Buffet oder mit dem Fertigmachen kalter Speisen beschäftigt werden.

Eine Regelung der von der Arbeiterschutz-Gesetzgebung bisher nicht berücksichtigten Hausindustrie bahnt der Entwurf von Bestimmungen über die gewerbliche Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken an, der vor Kurzem dem Bundesrath zugegangen ist.

Für bestimmte Betriebe soll die Beschäftigung fremder und eigener Kinder untersagt, für andere auf die Höchstdauer von 4 Stunden täglich beschränkt werden. Nach Erlass der Bekanntmachung wird auf diese Bestimmungen, die für die geistige und sittliche Entwicklung des heranwachsenden Geschlechts von ganz besonderer Bedeutung sind, ausführlich zurückzukommen sein.

Auf die Gefahr der Bleivergiftung in Bleihütten bezieht sich der Erlass des Ministers für Handel und Gewerbe vom 18. Dezember 1901, der die Schaffung zuverlässiger statistischer Unterlagen über die Häufigkeit der Bleivergiftung in den verschiedenen Betriebsabtheilungen der Bleihütten für eine spätere reichsgesetzliche Regelung des Bleihüttenbetriebes anordnet.

Das am 1. Januar d. J. in Kraft getretene neue dänische Fabrikgesetz vom 30. März 1901 bedeutet gegenüber den älteren gesetzlichen Bestimmungen einen ausserordentlichen Fortschritt. Besondere Erwähnung verdient die Bestimmung, dass bei besonders anstrengenden oder gesundheitsschädlichen Betrieben der „Arbeitsrath" die Altersgrenze der zuzulassenden Personen erhöhen und die Arbeit für Personen unter 18 Jahren oder für weibliche Arbeiter ganz verbieten kann. Dieser Arbeitsrath setzt sich zusammen aus einem vom König ernannten Vorsitzenden und 8 vom Minister des Innern ernannten Mitgliedern, von denen wenigstens 3 Arbeitgeber und 3 Arbeiter sein müssen. Kinder und jugendliche Arbeiter dürfen nur eingestellt werden, wenn ein ärztliches Zeugniss vorliegt, dass sie der Anstrengung, welche die in Rede stehende Arbeit erfordert, gewachsen sind. Die Kinderarbeit ist in den der Fabrikaufsicht unterstellten Betrieben bis zum vollendeten 12. (statt bisher 10.) Lebensjahr verboten. Für jeden Arbeiter wird ein Luftraum von mindestens 8 cbm gefordert, eine Bestimmung, die hinter den hygienischerseits zu stellenden Minimal-Forderungen zurückbleibt Auch wird die Festsetzung eines Maximal-Arbeitstages für Frauen und das Verbot der Nachtarbeit vermisst.

Chirurgie.

Depressionsfraktur des Schädels mit Folgeerscheinungen an den Augen.

Von A. Willott.

(The Lancet 12. Oktober 1901.)

Ein 48 Jahre alter Mann wurde in dem St. Bartholomen's Hospital aufgenommen, nachdem er 30 Fuss hinuntergestürzt war und sich eine Kopfverletzung auf der linken Seite des Hinterhauptes zugezogen hatte. Bei seiner Aufnahme war er bei Bewusstsein, konnte sich aber an seinen Unfall nicht erinnern. Sein Körper fühlte sich kalt an, aus der Wunde floss massenhaft Blut. Der Verletzte befand sich in kollabirtem Zustand. Beide Pupillen reagirten auf Lichteinfall, am Auge war keine Lähmung bemerkbar. Auf der linken Seite des Schädels fand sich ein Hautlappen und darunter ein Riss des Schädels, welcher sich von der Protuberantia occipitalis nach oben und etwas nach links erstreckte und etwa 3 Zoll lang, ein Drittel bis zwei Drittel breit war. Der Knochen war hier theilweise eingesunken, zum Theil zertrümmert. In der Wunde sah man zerstörte Gehirntheile, welche dem linken Hinterhauptlappen angehörten. In der üblichen Weise wurden die Bruchstücke entfernt, die Wunde gereinigt, theilweise vernäht und drainirt. Der Zustand besserte sich sehr schnell, nur wurde eine beträchtliche Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes auf der rechten Seite festgestellt, und ferner klagte der Verletzte zeitweilig über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Der Augenhintergrund zeigte keinerlei Veränderung. Im Verlauf der nächsten Monate konnte jedesmal bei der Untersuchung der Augen bei der Gesichtsfeldprüfung besonders am rechten Auge eine Besserung wahrgenommen werden. Sowohl die Art der Verletzung mit ihren Folgeerscheinungen sowie die bedeutende Besserung der Augenstörung sind ohne Zweifel von Interesse. Franz Meyer-Berlin.

Zwei Fälle von Fremdkörpern in Nasennebenhöhlen.

Von Dr. Löhnberg.

Spez.-Arzt für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Hamm i. W.

(Münch. Med. Wochenschr. 1901, No. 45.)

Bei einem 40jährigen Herrn, welcher mit rechtsseitigen Nasen-Polypenbeschwerden in Behandlung kam, wurde nach Entfernung grosser Mengen von Polypen ein harter Körper in der Gegend der vorderen Siebbeinzellen sondirbar, welcher offenbar grösstentheils in den zelligen Hohlräumen des Siebbeinlabyrinthes sass. Er konnte mit Zange entfernt werden und erwies sich als ein 2 qcm grosses, 2 mm dickes, krumm gebogenes Eisenplattenstück, ein Theil eines Gewehrlaufes, welcher vor 20 Jahren dem Patienten geplatzt war. Hierbei hatte ein Stück ihm das rechte Auge ausgeschlagen und war augenscheinlich durch die Papierplatte des Siebbeins in dessen Labyrinth durchgeschlagen, dort stecken geblieben und hatte den Reiz zu der massenhaften Polypenbildung abgegeben.

Im zweiten Falle war einem Klempner bei einer Rauferei durch Schlag mit einem eisernen Schraubenschlüssel ein Stück seines Filzhutes in die Stirnhöhle getrieben worden. Es wurde beim Verbinden der Wunde von Seiten des Arztes nicht bemerkt und erst entdeckt, als der Patient sich an Verfasser wandte, da die Stirnwunde nicht heilen wollte und sich stetig aus der Nase und in den Mund übelriechender Eiter entleerte. Verfasser vermuthete einen Knochensplitter in der Stirnhöhle und erweiterte die durch die Verletzung gesetzte Oeffnung in deren vorderer Wand, so dass die Höhle der Austastung zugänglich wurde; dabei wurde das Filzstück gefunden. Drainage durch den Stirnhöhlennasengang. Schluss der äusseren Wunde. Heilung in 14 Tagen. Seelhorst.

Ein Verband für Unterkieferfrakturen.

Von Dr. J. Wieting.

(Aus d. Eppendorfer Krankenhause, II. chir. Abth., Oberarzt Dr. Sick.)

(Centralblatt f. Chirurgie. 1901.)

Verf. erreichte die tadellose Heilung eines dreifachen Unterkieferbruches auf folgende Weise: Die vordere, komplizirte Fraktur, welche links zwischen zweitem Schneidezahn und Eck-

zahn sass, wurde mittels Silberdraht, der durch ein Bohrloch des einen Fragmentes geführt und am Eckzahn des anderen befestigt wurde, reponirt erhalten, durch Zug an dem lang gelassenen Drahtende wurde Reposition der anderen, seitlich die Unterkieferäste in Verlängerung der Zahnreihen durchsetzenden Frakturen ermöglicht. Erreicht wurde dieselbe, indem der Draht an einem Metallbügel festgeknotet wurde, der, wie der Querbügel eines Maulkorbes vor dem Munde verlaufend, seitlich in einem, Kopf und Hals umfassenden, Gipsverbande befestigt wurde. Seelhorst.

Ein Fall von einseitiger Luxation des Unterkiefers.

Von Dr. M. Karehnke-Königstein (Oberpfalz.)
(Münch. med. Wochenschr. 1901. No. 15.)

Die seltene Verrenkung kam durch energische Kaubewegungen, welche ein 72jähriger Mann an einer Brotrinde vornahm, zu Stande und wurde leicht reponirt.

Seelhorst.

Ueber multiple Gesichts- und Bindehautblutungen.

Von Prof. Hoppe-Köln.
(D. med. W. 1901, No. 30.)

Den Mittheilungen von Perthes, Braun etc. über Unterhautblutungen in Folge „Druckstauung" reiht sich hier eine neue an, die das eigenthümlich hat, dass die Druckerhöhung durch einen starken Brechakt bewirkt wurde. Das klinische Bild war dasselbe, wie es von den übrigen Beobachtern (vgl. z. B. Jahrg. 1901 dieser Ztschr., S. 126) beschrieben ist.

Interessant ist, wie H. die Blutungen deutet. Er hält es nicht für richtig, von einer „Druckstauung" zu reden; das Wort Stauung möge für die blosse Abflussbehinderung vorbehalten bleiben. Hier handle es sich aber um gleichzeitige Druckerhöhung in den Venen und Arterien. An der Stelle, wo die Druckwellen sich begegnen, bersten die Gefässe. Da die Arterien die Wellen besser leiten, liegt diese Stelle im Gebiet der kleinen Venen. Die Gehirngefässe seien dadurch geschützt, dass vor dem Eintritt der grossen Schlag- und Blutadern in die Schädelhöhle die starren Knochenkanäle den Anprall der verstärkten Blutwellen zurückwiesen. Aus dem gleichen Grunde werde in der Augenschlagader der Druck nie besonders hoch, während andererseits jede Erweiterung der Augenarterie zu einer Zusammendrückung der Augenvenen führe und so den Gegenstrom abschwäche. So werde das innere Auge vor gröberen Störungen geschützt.

Ueber Verletzungen des Herzens.

Von Dr. Schaposchnikow.
(Wratsch 1901, No. 39.)

Verf. ist der Ansicht, dass Verletzungen des Herzens nicht absolut tödtlich sind. Durch Thierexperimente ist festgestellt, dass man am Herzen operiren kann, ohne üble Folgen herbeizuführen und dass die Anlegung von Nähten an Herzwunden gute Resultate ergiebt. In Uebereinstimung mit vielen anderen Autoren glaubt Verf., dass die in angegebener Richtung durch das Thierexperiment erzielten Resultate auf das Herz des Menschen übertragen werden können. Er führt Fälle aus seiner Praxis an, in denen Stiche in das Herz nicht nur keinen Schaden zugefügt, sondern die Herzthätigkeit angeregt haben. Aus den statistischen Zusammenstellungen geht hervor, dass den grössten Mortalitätsprozentsatz Schusswunden des Herzens, den geringsten Stichverletzungen geben; desgleichen ist es zahlenmässig festgestellt, dass Wunden des linken Ventrikels weniger gefährlich sind als solche des rechten. Verletzungen der Vorhöfe sind absolut tödtlich. Lb.

Die traumatische Ruptur des Septum cordis.

Von Priv.-Dozent Dr. Gross-Jena.
(Mitth. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. 1901. Bd. 8. Heft 4 u. 5.)

Ein zwölfjähriger Knabe wurde durch das linke Vorderrad eines Wagens umgeworfen, gerieth unter den Wagen und wurde von dem rechten Hinterrade derartig überfahren, dass ihm die linke Brustseite gequetscht wurde.

Nach dem Unfall war der Leib weich, das Harn etwas bluthaltig, in der vorderen Milzgegend fand sich eine schmerzhafte Resistenz. Nach einigen Stunden stellte sich eine rasche Verschlechterung des vorher leidlichen Allgemeinbefindens ein, und es bildete sich eine fast die ganze linke und vordere Bauchseite einnehmende Dämpfung aus. Es wurde eine Milzverletzung vermuthet und daraufhin der Bauch geöffnet. Die Milz fand sich aber unversehrt, dagegen war die linke Niere zerrissen, sie wurde entfernt. Das Allgemeinbefinden besserte sich nur ganz vorübergehend. Zwölf Stunden nach dem Eingriff starb der Verletzte.

Die Sektion ergab einen Riss, welcher die Herzscheidewand auf fast $1^1/_2$ Centimeter in ihrem unteren Theil durchsetzte und dann noch eine Strecke weit in die Wand der linken Herzhöhle eindrang, ohne jedoch die Herzwand völlig zu durchbohren. Im Uebrigen war das Herz bis auf verstreute Blutungen unter seine seröse Bedeckung unversehrt. In der Höhe und Richtung des Risses selbst fanden sich keine Blutungen.

Verfasser verbreitet sich an der Hand dieses Falles über den Mechanismus der seltenen Verletzung. Gegenüber den Autoren, welche die Zerreissung der Herzscheidewand auf einfache direkte Gewaltwirkung zurückführen, nimmt er einen komplizirteren Vorgang an: durch die äussere Gewalt wird im Augenblick der Systole der Abfluss des Blutes aus dem linken Herzen verhindert, während das rechte nicht mitgequetscht wird. Die Blutmasse im linken Herzen kann nirgendshin ausweichen, sie bahnt sich daher einen Weg nach der Seite hin, wo der geringste Widerstand ist. Dies ist aber die Scheidewand, welche an sich dünn und durch keinen Gegendruck gestützt ist. Auf diese Weise wird die Berstung der Scheidewand erzeugt.

Sehr kurz werden die praktischen, insbesondere die gerichtsärztlichen Fragen erwähnt, die sich an den Fall knüpfen. Verfasser ist der Ansicht, dass für den Ausgang der Verletzung einerseits die Schwere der Shokwirkung, andererseits die Grösse des Risses massgeblich sein wird. In der Literatur existiren mehrere Beobachtungen, aus denen hervorgeht, dass Tage lang nach gut überstandenem Shok die Ueberlastung des rechten Ventrikels mit Blut schliesslich ein Erlahmen des Herzens bewirken kann, andererseits hat in einem bezüglichen Falle der Verletzte noch 10 Jahre gelebt.

Besondere Kennzeichen für die Verletzung sind während des Lebens meist nicht zu finden.

Innere Medizin.

Ein Fall von Tetanus nach Gelatine-Injektion.

Von Privatdozent Dr. Gerulanos.

Ein Fall von Stichverletzung der Leber, Gelatine-Injektion; Tetanus.

Von Dr. Georgi.

Zum Vorkommniss des Tetanus nach subkutaner Gelatine-Injektion.

Von Dr. Hans Lorenz.
Aus der I. chirurg. Univ.-Klinik zu Wien.
(Dir. Prof. Freiherr von Eiselsberg.)
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 61. B. Heft 3–6).

Eine 47 Jahre alte Frau erhielt 2 Stunden vor der wegen Kehlkopfkrebses vorgenommenen Exstirpation des Kehlkopfes eine Gelatine-Injektion (4,0 Gelatine zu 200,0 Wasser) in den rechten Oberschenkel. Die blutstillende Wirkung scheint günstig

gewesen zu sein. Nachdem am Abend die Temperatur unter Schüttelfrost auf 38,2 Grad gestiegen war, trat am folgenden Tage an der Einstichstelle eine handtellergrosse Röthung auf, welche später in Hautgangrän überging. Nach 6 Tagen stellten sich Zuckungen ein, denen sich tetanische Krämpfe in der Rückenmuskulatur und den unteren Gliedmassen anschlossen. Der Tod erfolgte am sechsten Tage, nachdem $^1/_2$ Stunde vorher eine Einspritzung von 250 J. E. Behring'schen Tetanusantitoxins vorgenommen worden war. Weder aus dem Sekret der Halswunde noch aus dem der Einstichstelle konnten Tetanusbazillen gezüchtet werden. Die Gelatinelösung war am Tage der Einspritzung steril aus der Apotheke bezogen. — Eine gleichzeitig gelieferte zweite Portion Gelatinelösung war einer anderen Frau eingespritzt worden, bei der sich unter Temperatursteigerung nach 10 Tagen gleichfalls 2 gangränöse Stellen von Thalergrösse bildeten, jedoch Erscheinungen von Tetanus nicht auftraten.

Ein 23jähriger Mann erhielt einen Stich mit einem Messer in die Leber; wegen starker Blutung wurde die sofortige Laparotomie nothwendig. Nach 10 Tagen entwickelte sich ein grosser subphrenischer Abscess, aus dem durch Inzision 1 Liter Eiter entleert wurde. Am 18. Tage trat plötzlich eine äusserst starke Blutung in der Abscesshöhle auf; da die Tamponade ohne Erfolg blieb, wurde 1 Liter einer 2prozentigen Gelatinelösung unter die Brusthaut eingespritzt; die Blutung stand sofort. Am 6. Tage nach der Injektion traten Trismus, Opisthotonus und Krämpfe auf, welche in 2 Tagen zum Tode führten. In dem Eiter der Einstichöffnung konnten Tetanusbazillen nicht nachgewiesen werden, doch starb ein mit demselben infizirtes Kaninchen bereits nach 18 Stunden an Tetanus. Die Gelatinelösung war durch Auflösen von käuflicher Gelatine in heissem sterilen Wasser hergestellt worden.

Wegen starker Blasenblutungen wurden einem 62jährigen Mann 200 g 1 prozentiger Gelatinelösung in beide Oberschenkel eingespritzt. Die Injektionsstelle röthete sich am nächsten Tage. Nach 8 Tagen stellten sich Schlingbeschwerden, Opisthotonus sowie krampfartige Schmerzen in den Schulter- und Halsmuskeln ein; am folgenden Morgen erfolgte der Tod. — Bei einer 58jährigen Frau war wegen Rektumkarzinoms der erkrankte Darm resezirt und ein Anus sacralis angelegt worden. Mehrere Stunden nach der Operation trat eine stärkere Nachblutung auf, weshalb bald nacher 100 g einer 2prozentigen Gelatinelösung in beide Oberschenkel injizirt wurden. Am 7. Tage trat der Tod unter den typischen Zeichen des Tetanus, welche schon am Tage vorher eingesetzt hatten, ein. Der Rest der 2. Lösung, sowie grössere Mengen aus derselben Quelle bezogener Gelatinelösung wurden Kaninchen eingespritzt, ohne dass krankhafte Erscheinungen auftraten.*)

Aus diesen und anderen Fällen (vergl. Aerztl. Sachv.-Ztg. 1901, S. 509) geht hervor, dass bei der Vornahme der Gelatine-Injektionen die grösste Vorsicht in der Wahl des Materials und der Sterilisation desselben zu herrschen hat. Es wäre erwünscht, wenn sich die Arzneimittelfabriken angelegen sein liessen, eine Gelatine zu Heilzwecken aus völlig einwandfreien Rohstoffen herzustellen, da es den Anschein hat, als ob auch die nach Abtödtung der Bazillen in den Präparaten enthaltenen Tetanustoxine im Stande seien, tödtliche Vergiftungen herbeizuführen.

Niehues-Berlin.

*) Ueber zwei analoge Fälle berichtet ganz kurz im Württembergischen Correspondenzblatt 1901, Nr. 51. Dr. Wörner in Gmünd.

Ueber eine Tetanie-Epidemie.

Von Dr. Wermel.

(Wratsch 1901, No. 23.)

Verf. hat unter den Arbeitern einer Moskauer Fabrik eine Tetanie-Epidemie beobachtet, die 11 Personen betraf. Der erste Fall kam im März 1896 zur Beobachtung, der zweite und dritte im Januar und der vierte im November 1900, die 7 übrigen Fälle innerhalb eines Monats, und zwar in der Zeit vom 11. Januar bis zum 12. Februar 1901. Die Erkrankten waren junge Tartaren im Alter von 18—22 Jahren, die in der Fabrikabtheilung beschäftigt waren, wo der Kautschuk gewaschen wird. In dieser Abtheilung arbeiten 26 Mann, von denen 25 Tartaren sind. Unter den übrigen Arbeitern der Fabrik und deren Familien ist in der angegebenen Zeit auch nicht ein einziger Fall von Starrkrampf zur Beobachtung gelangt. Es folgt daraus mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine lokale Epidemie gehandelt hat, um so mehr als die Symptome der Erkrankung den Ansichten von Frankl-Hochwart, der die Tetanie als eine endemisch-epidemische Krankheit betrachtet, entsprechen. In klinischer Beziehung bieten besonders zwei Fälle grosses Interesse. In dem ersten dieser Fälle bestand ausser den charakteristischen tetanischen Erscheinungen eine schwere psychische Komplikation: tiefer Stupor und Apathie, desgleichen Paralyse der Sphinkteren und Blutergüsse in der Ohrmuschel; im zweiten Falle verliefen die Erscheinungen der Tetanie parallel mit einer Affektion der Fussgelenke und einem charakteristischen Purpura-ähnlichen Exanthem. Aus diesem Grunde spricht Verf. die Vermuthung aus, dass zwischen dem Tetaniegifte und dem Gifte des akuten Gelenkrheumatismus event. eine Aehnlichkeit bestehe. — In sämmtlichen Fällen trat Genesung ein. Lb.

Ueber einen Fall von Tollwuth beim Menschen nach starkem Erschrecken, mit einem Inkubationsstadium von zehn Monaten.

Von Dr. P. M. Gamalle.

(Wratschebnaja Gaseta, 1901, No. 40.)

In den gangbaren Lehrbüchern der speziellen Pathologie und Therapie wird als das längste Inkubationsstadium bei Tollwuth die Zeit von 6 Monaten angegeben. Verf. berichtet nun über einen von ihm beobachteten Fall, in dem das Inkubationsstadium 10 Monate betragen hat. Dieser Fall ist zugleich wegen des Momentes, der die Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit gab, ausserordentlich interessant. Am 27. Juli 1900 wurde eine aus Vater und zwei Töchtern im Alter von 19 bezw. 13 Jahren bestehende Familie von einem an Tollwuth erkrankten Hunde gebissen. Vom 2. bis 14. August machten die Gebissenen eine Pasteur-Kur im Pasteurinstitut zu Wilna durch. Die Kur hatte anscheinend günstigen Erfolg, denn es erkrankte bis zum 19. Mai laufenden Jahres keiner der drei Verletzten: alle waren vollkommen gesund und gingen ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nach. Am 19. Mai begab sich die ältere Tochter nach der ca. 3 km entfernt liegenden Stadt und schlug, um den Weg zu kürzen, einen Feldweg ein. Ungefähr 1 km von dem Städtchen stiess das Mädchen auf folgendes entsetzliche Bild: 4 Männer schlugen auf einen fünften ein, der blutüberströmt auf dem Boden lag. Das Mädchen erschrak fürchterlich und ergriff die Flucht in der Richtung zur Stadt. Als es sich im Laufen einmal umsah, bemerkte das Mädchen, dass die 4 Männer von ihrem Opfer gelassen haben und ihm nachsetzten. Das Mädchen nahm nun all ihre Kraft zusammen und raste, aus Leibeskräften schreiend, wie wahnsinnig zur Stadt. Es glückte ihr, die Stadt zu erreichen, sie war aber, als sie ihr Ziel erreicht hatte, hochgradig erschöpft und schrecklich blass. Am folgenden Tage bemerkte das Mädchen, dass ihr das Schlucken einigermassen schwer falle; die Angehörigen führten dies darauf zurück, dass das verfolgte Mädchen stark geschrieen hatte. Am

nächstfolgenden Tage (am 21. Mai) war das Mädchen unruhig und aufgeregt, was von den Angehörigen gleichfalls auf den überstandenen Schreck zurückgeführt wurde. Innerhalb der nächsten drei Tage entwickelte sich jedoch bei dem Mädchen das typische Bild der Hydrophobie, und die Kranke starb nach einigen Tagen im Kollaps.

Der vorstehende Fall, sowie ein weiterer Fall aus der Praxis des Verfassers (in diesem Fall handelt es sich um einen von einem an Tollwuth erkrankten Hunde gebissenen Knaben, der nach durchgeführter Pasteur-Kur 4 Monate nach der Verletzung gerade im Stadium der Rekonvaleszenz nach Scharlach an Tollwuth erkrankte) zeigen, dass das Gift der Tollwuth ebenso wie die übrigen organisirten Krankheitserreger ihre Wirkung ganz besonders dann zu entfalten vermögen, wenn der Organismus, in dem sie zirkuliren, durch irgendwelche Ursachen geschwächt ist. Die Pasteur'schen Injektionen geben zweifellos günstige Resultate, indem sie die Produktion des Antitoxins fördern. Nun ist aber die Frage, ob nicht die Virulenz des Giftes der Tollwuth die prophylaktische Kraft der Impfungen überlebt, und ob es nicht nöthig wäre, die Impfungen nach einem gewissen Zeitabschnitt zu wiederholen, ganz besonders, wenn das gebissene Individuum irgendwelchen ungünstigen Momenten, die den Organismus zu schwächen vermögen, ausgesetzt war. Lb.

Das Vorkommen von Schimmel im Magen und dessen wahrscheinliche Bedeutung.

Von Professor Max Einhorn-New-York.

(D. m. Woch. Sch. 1901. 87.)

Verfasser fand bei Magenkranken mehrmals im Spülwasser des nüchternen Magens Flöckchen, die sich als Schimmelpilz-Kolonieen, bisweilen in Schleim eingebettet und mit Epithelzellen bedeckt, erwiesen. Kulturversuche zeigten, dass die Pilze lebend und fortpflanzungsfähig waren.

Vier von den beobachteten Fällen werden genauer mitgetheilt. Es handelte sich theils um überschüssige Säurebildung, theils um Magenschmerzen mit normaler oder herabgesetzter Saftabsonderung.

Verfasser hält die Möglichkeit, dass die Pilzansiedelungen hier als Krankheitsursache aufzufassen sind, für berücksichtigenswerth, ohne zu einem bestimmten Ergebniss über den ursächlichen Zusammenhang zu gelangen.

Neurologie.

Ueber die mit Hilfe der Marchifärbung nachweisbaren Veränderungen im Rückenmark von Säuglingen.

Von Johannes von Tiling.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenhlkd., 20. Band, 3.-4. Heft.)

T. untersuchte 26 Rückenmarke. Stets fand er, einen Fall ausgenommen, der eine Frühgeburt betraf, mehr oder weniger starke Anhäufung schwarzer Körnchen in dem intramedullären Antheil der vorderen und auch der hinteren Wurzeln, vorwiegend in der Hals- und Lendenschwellung. Bei jüngeren Kindern schienen die Veränderungen an den vorderen Wurzeln intensiver zu sein, bei den älteren an den hinteren Wurzeln.

Diese Körnung ist weder eine postmortale Veränderung noch steht sie in Zusammenhang mit der Entwicklung der Markscheiden noch ist sie als der Ausdruck einer sekundären Degeneration der Wurzelfasern anzusehen. Nach des V.'s Ansicht sind es weniger bestimmte Krankheiten als vielmehr allgemeine Ernährungsstörungen, denen die Körnung zuzuschreiben ist. Dass diese gerade bei den Kindern der ersten Lebensjahre so oft sich findet, erklärt sich vielleicht durch eine geringere Widerstandskraft der Markscheiden der Nervenfasern. Ernst Schultze.

Zur Klinik der Schweissanomalien bei Poliomyelitis anterior (spinale Kinderlähmung) und posterior (herpes zoster).

Von H. Higier.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 20. Bd., 5. u. 6. Heft.)

In zwei Fällen von Poliomyelitis anterior fand V. Anidrosis, in zwei Fällen von herpes zoster Hyperidrosis im Bereiche der betheiligten Hautpartien. Diese Beobachtungen circumscripter Störung der Schweisssekretion bestätigen die Berechtigung der Lehre, dass man vier Schweisszentren unterscheiden kann: 1. für das Gesicht, 2. für die obere Extremität, 3. für die obere Rumpfhälfte, Hals, Nacken und behaarten Kopf und 4. für die untere Extremität. Ernst Schultze.

Zur Poliomyelitis anterior (chronica und acuta) der Erwachsenen.

Von Grunow.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 20. Bd., 5. u. 6. Heft.)

Kurze kasuistische Mittheilung. In dem ersten Fall, einer poliomyelitis anterior chronica, die einen 56jährigen Mann betraf (allgemeine Bewegungsschwäche, Muskelatrophie, spontane fibrilläre Zuckungen, geringfügige Schmerzen, keine objektive Sensibilitätsstörung, leichte mechanische Erregbarkeit der Muskeln, Entartungsreaktion) wurde die Diagnose auch anatomisch bestätigt; es fand sich eine Degeneration der Vorderhornganglienzellen im ganzen Gebiete des Rückenmarks neben Gefässentzündungen und Degenerationsherden in der weissen Substanz.

In dem zweiten Falle konnte nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden angesichts der anfänglichen Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarms, sowie der Spasmen der unteren Extremitäten. Ernst Schultze.

Beiträge zur Aetiologie der Tabes (Tabes infantilis hereditaria — Syphilis-Tabes-Paralyse unter Ehegatten — Syphilitische Erscheinungen bei Tabikern).

Von Martin Brasch.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 20. Bd., 5. u. 6. Heft.

Interessanter Beitrag zur Lehre von der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die Tabes, auf zehn eigenen Beobachtungen beruhend.

Die erste Beobachtung bezieht sich auf einen Fall infantiler Tabes: Pupillendifferenz, Pupillenstarre, Westphal'sches Zeichen, Unsicherheit im Dunkeln, lancicirende Schmerzen; daneben Zeichen der lues hereditaria, nämlich charakteristische Narben im Gesicht und Hutchinson'sche Zähne. V. erkennt aus den zahlreichen Beobachtungen aus der Literatur nur sieben als reine einwandsfreie Fälle einer infantilen Tabes an. Sie beruhen alle auf hereditärer Lues. Ihre Zahl genügt nicht, ein besonderes Krankheitsbild für die Tabes im Kindesalter zu konstruiren; für die Diagnose sollten die gleichen Gesichtspunkte massgebend sein wie bei Erwachsenen. Vor Allem hüte man sich vor einer Verwechslung nicht sowohl mit der Friedreich'schen Krankheit als mit Lues cerebrospinalis.

Im vorliegenden Falle litt auch der Vater an Tabes; doch legt darauf V. mit Recht weniger Gewicht. Es genügte ihm festzustellen, dass ein tabischer Mann, der Syphilis gehabt hat, ein syphilitisches Kind zeugte, welches in jungen Jahren ebenfalls tabisch geworden ist. Der Name hereditäre Tabes ist nicht unbedenklich insofern als er den Gedanken an eine direkte Heredität der Tabes aufkommen lässt.

Weiterhin sah V. drei kranke Ehepaare; bei dem ersten

Paare hatten beide Gatten Tabes, bei dem zweiten der Mann Paralyse, die Frau Tabes und beim dritten Paare der Mann Paralyse, die Frau Lichtstarre, ungleiche Pupillen. V. hält es für zweifelhaft, dass eine isolirte Lichtstarre der Pupillen auf Alkoholismus hinweist oder dem Senium eigen sei; er spricht sie vielmehr ausnahmslos als ein Zeichen voraufgegangener Syphilis an. Jeder der sechs Ehegatten war syphilitisch, und da V. diese Beobachtungen innerhalb der relativ kurzen Beobachtungszeit von sechs Wochen zu Gesicht bekam, ist er der Ansicht, dass derartige Fälle häufiger seien, als man gewöhnlich annimmt.

Sehr selten findet sich das Zusammentreffen von Tabes mit Erscheinungen sekundärer oder tertiärer Lues. V. sah bei einer Tabikerin echt syphilitischen Kopfschmerz, ein anderes Mal Tabes mit einer nach Schmieren verschwindenden Syphilis sowie schliesslich eine Tabes mit alter tertiärer Lues und einer grossen Perforation der Nasenscheidewand.

Ernst Schultze.

Progressive spinale Muskelatrophie und Trauma.

Von Dr. Kienböck-Wien.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901. No. 11.)

Die progressive spinale Muskelatrophie ist ein nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse scharf umschriebenes Krankheitsbild. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine zur Schrumpfung führende auf die Vorderhörner des Rückenmarks und die dazu gehörigen peripheren Nerven beschränkte Entartung, die von einer Stelle des Marks ausgeht und sich durch viele Jahre in der Länge des Rückenmarks fortschreitend ausbreitet. Dem entspricht klinisch eine langsam von Bündel zu Bündel fortschreitende Muskelschwäche, mit der Muskelschwund und Aufhebung der Reflexe gleichen Schritt hält, ohne Gefühlsstörungen, ohne Spannungs- oder Krampfzustände, ohne Eingeweidelähmungen.

Wenn bisher von massgeblichen Seiten ein verhältnissmässig häufiger Zusammenhang der progressiven spinalen Muskelatrophie mit Traumen angegeben worden ist, so zeigt Verf. an einer kritischen Durchsicht der zur Begründung dieser Ansicht angegebenen Fälle, dass die grösste Mehrzahl derselben den im Titel genannten Namen nicht verdient. Gar nicht wenige scheiden schon aus, weil das Vorhandensein von Gefühls- und ähnlichen Störungen ausdrücklich erwähnt wird, andere, weil die Beschreibung zu ungenau ist, um eine sichere Diagnose zu stellen. Der Rest enthält grösstentheils Fälle, denen das dauernde Fortschreiten der Störung fehlt. Wenn die Lähmung plötzlich mit dem Unfall einsetzt und nachher eher zurück als vorwärts geht, ist einfach eine Zerstörung in den Vorderhörnern durch Blutung, Erweichung oder Dergleichen erfolgt. Aber auch wenn nach dem Unfall allmählich und anfangs fortschreitend Lähmungen und Muskelschwund eintreten, nachher aber ein Stillstand von vielen Jahren stattfindet, ist nicht eine progressive spinale Muskelatrophie, sondern nur eine einzelne Beschädigung, die erst allmählich zu ihrem vollen Ausdruck gelangt ist, vorhanden.

Einige Fälle aus der Literatur bleiben übrig, die wirklich stetig fortschreitende Lähmung aufweisen. Aber auch hier müssen mehrere wegen ihrer ungenügenden Beschreibung ausgesondert werden. Uebrig bleibt hauptsächlich ein Fall, in dem das Trauma die progressive Atrophie bei einem Menschen auslöste, der früher an spinaler Kinderlähmung gelitten hatte — hier liegt also das Wiederaufflammen eines schlummernden Prozesses vor — und ein Erbscher Fall, gegen den K. nur den einen Einwand macht, dass Erb nicht scharf genug auseinanderhält, ob der Unfall die Krankheit verursacht oder blos auf Grund einer bestehenden Veranlagung ausgelöst hat.

Zum Schluss betont Verf., dass seines Erachtens die Erbsche Vermuthung, gerade blosse Erschütterungen des Rückenmarks möchten geeignet sein, chronische fortschreitende Erkrankungen zu bedingen, wenig für sich hat. Gerade der regelmässig eintretende Stillstand der Rückenmarkserscheinungen nach grösseren Schädigungen weise darauf hin, dass sich vorschreitende Erkrankungen auch aus leichteren Schädigungen des Marks oder aus peripheren Verletzungen nicht erklären lassen.

Die Arbeit ist, trotzdem sie sich lediglich auf eine Kritik fremder Fälle beschränkt, für die Beurtheilung der einschlägigen Verhältnisse von einschneidender Bedeutung.

Klinische und experimentelle Studien über die Innervation der Blase, des Mastdarmes und des Genitalapparates.

Von L. R. Müller.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 21. Band, 1. und 2. Heft.)

Die landläufige Auffassung verlegt die Zentren für die Innervation der Blase, des Mastdarms und des Genitalapparates in den untersten Theil des Rückenmarks. Da alle Querschnittsläsionen des Rückenmarks, gleichgiltig wo sie sich befinden, die gleichen Störungen in der Ausstossung des Harnes und Koths bieten, wie die Erkrankungen des untersten Rückenmarksabschnittes, da auch bei Erkrankungen des conus und epiconus eine Erection noch recht wohl zu Stande kommen kann, so können die letzten Zentren, von welchen die Entleerung der Blase und des Mastdarms und die Steifung des Gliedes ausgelöst werden, nicht im Rückenmark zu suchen sein.

Analoge Ergebnisse hatten experimentelle Untersuchungen an Hunden, denen die untersten Abschnitte des Rückenmarks exstirpirt wurden oder das Rückenmark durchschnitten wurde. Aus ihnen musste u. A. geschlossen werden, dass das Zentrum der Erection ausserhalb des Rückenmarks liegt und dass es vom Gehirn durch Bahnen beeinflusst wird, die relativ hoch, schon im obersten Lendenmark, das Rückenmark verlassen. Gleichgiltig ob nur der unterste Theil des Lumbalmarkes oder das ganze Sakralmark mit dem Lendenmark herausgenommen wird, es treten nach einer vorübergehenden Ischämia paradoxa nicht empfundene spontane Darmentleerungen auf; zur völligen Blasenlähmung, zu dauerndem Urinträufeln, was übrigens V. bisher noch bei keinem einzigen Fall von Nervenkrankheit gesehen hat, kommt es nicht. Ebenso ist die Entleerung des Kothes eine regelmässige, aber sie wird nicht empfunden, und der Analreflex ist aufgehoben.

Somit giebt es keine Zentren im Rückenmark für die Urin- und Stuhlentleerung. Das Zentrum für die Steifung der Gliedes und die Entleerung der Samendrüsen ist in den sympathischen Ganglienknoten am Beckenboden zu suchen, während die eigentliche Ausschleuderung des Samens ein spinaler Reflex ist. Die Ausstossung des Urins oder Stuhles sowie die Entleerung des Samens sind im Wesentlichen durch Reflexvorgänge in den sympathischen Ganglien bedingt. Allen diesen drei Funktionen stehen quergestreifte, vom Rückenmark innervirte Muskelgruppen (compressor urethrae, sphincter ani externus, musc. ischio- und bulbo-cavernosus) vor, die sowohl willkürlich erregt werden können als auch bei der Entleerung der Exkremente und der Ejakulation reflektorisch in Thätigkeit treten.

Die sehr lesenswerthen Auseinandersetzungen über Physiologie und Pathologie der drei Vorgänge verdienen im Original nachgelesen zu werden.

Ueber das Tibialisphänomen und verwandte Muskelsynergien bei spastischen Paresen.

Von Adolf Strümpell.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 20. Bd., 5. u. 6. Heft.)

Unter Tibialisphänomen versteht S. eine ungemein charak-

teristische Form der Mitbewegung, die darin besteht, dass bei jedem Heranziehen des Beins an den Rumpf gleichzeitig eine vom Kranken nicht zu unterdrückende Anspannung des m. tibialis anticus erfolgt.

Bei der Prüfung auf das genannte Phänomen stellt sich der Untersucher neben den im Bett in gewöhnlicher Rückenlage liegenden Kranken (nehmen wir an einen Hemiplegiker mit beschränkter Beweglichkeit), die eine Hand leicht auf den Oberschenkel gelegt, die andere Hand leicht auf den Fussrücken des zu untersuchenden Beins. Lässt man dann den Kranken das gesunde Bein an den Rumpf heranziehen, so bleibt der Fuss in schlaffer Plantarflexionsstellung. Anders auf der erkrankten Seite. Bei Flexion des Oberschenkels tritt meist sofort eine sicht und fühlbare Anspannung der Sehne des tibialis anticus am Fussrücken auf; bei Gegendruck wird die Kontraktion stärker unter Hebung des inneren Fussrandes.

S. fand das Phänomen, ausser bei cerebralen und spinalen Hemiplegien, bei den meisten Paraplegien mit spastischer Parese der Beine, natürlich wofern die Beweglichkeit der Beine nicht total aufgehoben ist. Das Tibialisphänomen gehört mit zu den charakteristischen Zeichen der spastischen Parese und steht auf einer Stufe mit der Steigerung der Sehnenreflexe, den Muskelspasmen, dem Babinsky'schen Zehenreflex. Das Phänomen, das auf den Verlust der Fähigkeit, einen Muskel isolirt zu innerviren, zurückzuführen ist, fehlt bei allen schlaffen Lähmungen. Es beweist eben den Ausfall der normalen hemmenden und regulirenden Mitwirkung der Pyramidenbahnen und findet sich daher gleich dem Babinsky'schen Reflexe auch bei Neugeborenen. Es ist natürlich auch bei der Differentialdiagnose von organischen und hysterischen Lähmungen zu verwerthen.

Ernst Schultze.

Ohrenheilkunde.

Ohrenerkrankung und Lebensversicherung.

Von H. Burger.

(Klin. Vorträge aus d. Geb. der Otol. u. Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Prof. Dr. Haug. Bd. 5, Heft 4. 1901. Jena.)

Burger giebt folgende Schlussfolgerungen aus seiner Arbeit: 1. Es liegt im Interesse der Lebensversicherungsgesellschaften, dass dem Zustand der Ohren mehr Rücksicht als bisher geschenkt wird. — 2. Bei akuten Entzündungen des äusseren und mittleren Ohres muss der Verlauf erst abgewartet werden. — 3. Bei besonders schweren Fällen von Gehörgangsentzündung (chronisch) ist die Versicherung zurückzustellen. — 4. Chronische einfache Ohrkatarakte sind ohne Anstand aufzunehmen. — 5. Chronische Mittelohreiterung ist unbedingt zurückzuweisen, wenn Entzündung im Kuppelraume, im Warzenfortsatze, Tuberkulose, Cholesteatom, Knochenaffektionen, Facialislähmung, oder wenn Schwindel, halbseitiger Kopfschmerz besteht oder Verengerung des Gehörganges vorhanden ist. — 6. Andere einfachere Fälle von chronischer Eiterung brauchen nicht immer zurückgewiesen zu werden (von Fall zu Fall zu unterscheiden). — 7. Geheilte Ohreiterungen können aufgenommen werden. Ebenso operativ geheilte Fälle unter Prämienerhöhung. — 8. Doppelseitige Taubheit und schwere Fälle von Ohrschwindel können die Aufnahme erschweren.

Den Interessenten ist die Lektüre der kleinen sehr lesenswerthen exakten Arbeit sehr zu empfehlen. Hg.

Ueber Erschütterung des Ohrlabyrinths.

Von R. Spira.

(Klin. Vorträge aus dem Gebiet der Otol. u. Pharyngo-Rhinologie. Von Haug. Bd. 5, Heft 1. Jena 1901.)

Der Verfasser hat in seiner Monographie das Gesammtbild der traumatischen Labyrintherschütterung in erschöpfender Weise behandelt und es ist ihm zu danken, dass er das für die gerichtliche und Sachverständigenpraxis so wichtige Thema in einer Weise erörtert, die dem Praktiker Anhalt giebt, seine Fälle richtig beurtheilen zu können — und das ist gerade in solchen Fällen, wo so oft Neurose, Hysterie, Simulation und Trauma zusammenwirken, oft recht schwierig. Ein kurzer Auszug lässt sich nicht geben, es ist daher die Arbeit im Originale für die Interessenten zu lesen.

Hg.

Augenheilkunde.

Ueber Hornhautfremdkörper.

Von Dr. Ischreyt.

(Petersb. med. Wochenschrift, 1901, No. 40).

Verf. bespricht die Hornhautfremdkörper als Berufskrankheit, die durchaus nicht so bedeutungslos ist, als sie auf den ersten Blick erscheinen könnte. Die grosse Häufigkeit der Fremdkörperverletzungen der Hornhaut führt zu einer langsamen, aber sicheren Schädigung des Sehvermögens. Wie gross dieselbe ist, ist eine nicht unwichtige, aber noch nicht gelöste Frage. Sie hängt auch mit der Berufsschädigung zusammen, und diese letztere zieht die Unfallversicherung nach sich. In welcher Weise die Entschädigung vor sich zu gehen hat, ist ebenfalls noch nicht geregelt und wird so lange nicht geregelt sein, bis der Arzt im Stande ist, durch Thatsachen und Zahlenmaterial der Gesetzgebung eine Handhabe zu bieten. Aus diesem Grunde müssen auf systematischer Weise Beiträge gesammelt werden, die aber nur dann vollständig ausfallen werden, wenn auch die frei praktizirenden Aerzte den Augenärzten behilflich sein werden. Ein grosser Theil der geschädigten Arbeiter kommt ja überhaupt nicht in die Hände der Augenärzte und vollends nicht **vor** dem Eintritt der Schädigung.

In der Gesammtzahl der Augenverletzungen nehmen die Fremdkörper einen hervorragenden Platz ein (45—56, 4 pCt.). Die Fremdkörper bevorzugen bei weitem am häufigsten die Hornhaut. Die Frage, welches Auge häufiger verletzt wird, ist in Anbetracht der Entschädigung der Verletzten nicht ohne praktische Bedeutung. Verf. fand unter ca. 700 Fällen (eigenen sowohl, wie auch fremden) nicht perforirender Augenverletzungen das rechte Auge in 48,2 pCt. betheiligt, das linke in 47,6 pCt. und beide Augen gemeinsam in 4,2 pCt. Unter den 549 Fremdkörperverletzungen der Hornhaut war das rechte Auge mit 47,5 pCt. befallen, das linke mit 47,9 und beide gemeinsam mit 4,5 pCt. Die Schädigung des Sehvermögens hängt davon ab, ob der Splitter das Pupillargebiet trifft oder die Umgebung. Nach Praun, der 702 Fälle von Hornhautfremdkörpern sammelte, sassen im rechten Pupillargebiet 68, im linken 57 Splitter, das macht 19,8 bezw. 15,8 pCt. In den Fällen des Verfassers ist indessen das Pupillargebiet stärker betheiligt, nämlich für das rechte Auge mit 24,3 und für das linke Auge mit 21,5 pCt. Verf. hat in seinen 461 Fällen die Hornhaut in 9 Bezirke eingetheilt gedacht, einen zentralen und 8 peripheren. Bei dieser Eintheilung fällt sofort eine grosse Ungleichmässigkeit in der Vertheilung der Splitter auf. Auf beiden Seiten zeigt das zentrale Gebiet die meisten Verletzungen. Es folgen dann in ziemlich gleichem Masse der untere und der innere Sektor. Die wenigsten Splitter finden sich in den drei oberen Sektoren, und die Differenz zwischen diesen letzteren Werthen und allen übrigen ist eine ausserordentlich grosse. Die Faktoren, welche den Sitz der Fremdkörper beeinflussen, sind seine Flugbahn und die Stellung des Auges bei der Verletzung. Die letztere hängt ab von der Körperhaltung und von reflektorischen Schutzbewegungen.

Das Auge ist in Anbetracht seiner exponirten Lage relativ gut durch die Nase, den Orbitalbogen mit den Augenbrauen und die Lider geschützt; besonders die Lider bewähren sich als ausserordentlich wirksame Fangapparate. Ihre Wirkung beruht nicht allein auf ihrer Lage, sondern wird auch noch dadurch unterstützt, dass die sich nähernde Gefahr einen Orbikularis-krampf auslöst, während das Auge zugleich nach oben aussen, seltener nach oben innen flieht.

Klinische Erscheinungen: Je nach Art und Sitz des Splitters und nach der Dauer der Verletzung variiren die Reaktionserscheinungen des Auges. Je tiefer ein Fremdkörper ins Hornhautgewebe eingedrungen ist, je näher er dem Limbus sitzt, je länger er sich in der Hornhaut befindet, und endlich je stärker er chemisch reizt, um so energischer wird das Auge reagiren. Daneben spielen individuelle Momente eine grosse Uolle insofern, als ein ungeeignetes Verhalten von Seiten der Patienten die Injektion und die Epiphore steigern. Die subjektiven Beschwerden können dabei ganz erheblich sein und den Patienten geradezu herunterbringen. Im Vergleich zu den perforirenden Fremdkörpern sind die oberflächlichen als harmlos anzusehen, aber nur im Vergleich mit Jenen, denn wie jede Hornhautverletzung, beanspruchen auch sie die sorgfältigste Behandlung. Wenn auch Infektionen durch Fremdkörper in der Regel nicht eintreten, muss man doch darauf gefasst sein: Stein- und Holzsplitter sind in dieser Beziehung besonders zu fürchten, Metallverletzungen in viel geringerem Masse. Die chemische Reizfähigkeit der Fremdkörper vermag die pericorneale Injektion und die reaktive Trübung der Hornhaut oft beträchtlich in die Höhe zu treiben. Hierbei darf aber die Reizfähigkeit nicht mit Löslichkeit des Fremdkörpers identifizirt werden. Es kann sogar zu einer begleitenden Iritis kommen. Es kommt vor, dass Fremdkörper lange Zeit in der Hornhaut liegen bleiben, ohne Reizerscheinungen zu machen. Hornhautfremdkörper bleiben nur dann ohne weitere schlimme Folgen, wenn sie die Bowman'sche Membran nicht verletzt haben; ist dieses der Fall, so bezeichnet eine Macula den ehemaligen Sitz des Splitters. Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein der Bahn- und Kassenärzte im Bezirke der Königlichen Eisenbahn-Direktion Münster.

Sitzung am 25. Juni 1901 in Georgmarienhütte.

Anwesend die Herren Regierungsrath Middendorf, Bahnärzte Dr. Isermeyer, Schirmeyer, Heilmann, Tholen, Martini, Bokemöhle, Hildemanns, v. Bobart, Bäumker, Prölss, Westhof, Pahl, Japing, Withäger, Köller, Isfort, Mallinkrodt, Schwarz, Bruny, Rischmüller, Kruse, Braeker, Conrads, Gröpper, Többen, Wimmer.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen. Einwendungen werden nicht gemacht.

Der Vorsitzende erstattet über die bisherige Vereinsthätigkeit Bericht. Der Verein hatte zu Anfang 60 Mitglieder, davon 5 Spezialärzte. Nun hat der Verein 69 Mitglieder, davon 60 Bahnärzte, 7 Spezialärzte und 2 Kassenärzte bei einem Bestande von 80 Bahnärzten, 9 Spezialärzten und 10 Kassenärzten im Direktionsgebiet.

Für die Mitglieder ist die preisgekrönte Tuberkuloseschrift des Dr. Knopf beschafft, die mit den Protokollen versandt werden soll.

Die Kasse hatte 204 Mk. Einnahme, 106,80 Mk. Ausgabe, 97,20 Mk. Vermögen, welches zinsbar belegt ist. Die Ausgaben sind:

33,10 Mark Porto,
40,95 „ Drucksachen,
13,70 „ Inventar,
10,05 „ Bahnarztverband,
9,00 „ Tuberkuloseschrift.

Das Vorstandsmitglied Dr. Gröpper, welches den Verein bei der Sitzung des Ausschusses deutscher Bahnarztvereine in Berlin vertrat, erstattet Bericht. Das Protokoll über diese Sitzung ist in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung erschienen und den Vereinsmitgliedern bereits zugesandt. Eine längere Debatte knüpft sich an die Mittheilung, dass in anderen Direktionsbezirken die bahnärztlichen Zeugnisse bezahlt werden, welche verlangt werden bei Anstellung eines Hilfsbeamten oder Bahnbeamten und zwar in verschiedener Höhe bis zu 5 Mk.

Auf Aufforderung des Dr. Schirmeyer wird der Vorstand statutengemäss mit Akklamation neu gewählt. Die Versammlung beschliesst, das erste Vereinsjahr als mit 31. Dezember 1900 beendet anzusehen, demnach wird bis 31. Dezember 1901 wieder der Jahresbeitrag zu erheben sein.

Der Vorsitzende fordert auf, ärztliche Zeugnisse, welche Eisenbahnbeamte privatim einfordern, um Versetzung zu erlangen oder zu verhindern, nicht auszustellen, sondern die Aufforderung der betreffenden Dienststelle abzuwarten. Der Vertreter der Direktion pflichtet dieser Aufforderung nachdrücklichst bei.

Es wird zur Sprache gebracht, dass dreimal über denselben Beamten dasselbe ärztliche Zeugniss erfordert wurde: 1. bei aushilfsweiser Verwendung, 2. bei provisorischer Anstellung, 3. bei definitiver und dass dies namentlich geschähe, ohne dem Bahnarzt die früher ausgefertigten Atteste zugängig zu machen. Dieses Verfahren findet die Beistimmung des Vertreters der Direktion nicht. Er verweist im Einzelfalle auf den Beschwerdeweg.

Die Anfrage, ob nicht in Zukunft die Bezahlung der Aerzte je nach dem vierteljährlichen Bestand an Kassenmitgliedern und Beamten geregelt werden könne, an Stelle des bisherigen, vertragsmässigen Modus nur dann steigend und fallend, wenn die Differenz $^1/_{10}$ des Pauschales beträgt, wird von dem Vertreter der Direktion bejaht. Der Vorstand wird beauftragt, daraufhin Antrag einzureichen. Als Ort der nächsten Versammlung wird Bremen gewählt, die Freifahrtkarten sollen bis Hamburg gestellt werden.

Dr. Prölss hält den angekündigten Vortrag über Massregeln gegen die Verbreitung von Volkskrankheiten auf den Eisenbahnen. (In dieser Nummer abgedruckt.)

Dr. Prölss-Scheessel.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Gehirnentzündung nach kalter Abwaschung bei einem Schwachsinnigen Betriebsunfall.

Entscheid. vom 24. Februar 1901.

Der minderjährige Pocharbeiter Karl L. aus Clausthal, ein geistig schwach entwickelter Mensch, war auf dem elften Pochwerke der Königlichen Berginspektion zu Clausthal beschäftigt. Am 10. Februar 1899 hatte er daselbst die Nachtschicht. Kurz nach Beginn der Schicht hat der Oberschlämmer Wilhelm K. mehrere Arbeiter beauftragt, den L., welcher ungewaschen zur Arbeit gekommen war, zu waschen. Dieser Befehl ist in der Weise ausgeführt worden, dass L., welcher

den Oberkörper entblösst hatte, Gesicht und Hände mit dem kalten Wasser des Herdgerennes gereinigt wurden. Am folgenden Tage ist bei L. eine Gehirnentzündung aufgetreten, die die völlige Verblödung und gänzliche Erwerbsunfähigkeit zur Folge hatte. Der Sektionsvorstand lehnte den Rentenanspruch ab, weil ein Betriebsunfall nicht vorliege. Auf die Berufung hin hat das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der vollen Unfallrente verurtheilt, indem es als festgestellt erachtete, dass die Gehirnentzündung durch das am 10. Februar bei Winterkälte vorgenommene kalte Waschen, nach welchem L. noch die ganze Nacht im ungewärmten Pochwerke bei seiner Arbeit verbracht hat, veranlasst worden sei. Gegen dieses Urtheil hat die Berufsgenossenschaft Rekurs eingelegt mit dem Antrage auf Wiederherstellung des ablehnenden Sektionsbescheides vom 26. Juli 1899. Sie hält den Nachweis nicht für erbracht, dass der Kläger in Folge der am 10. Februar 1899 an ihm vorgenommenen Waschung mit kaltem Wasser an Gehirnhautentzündung erkrankt und in weiterer Folge hiervon verblödet und völlig erwerbsunfähig geworden sei, auch vermisst sie den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Waschen und dem Betriebe, in welchem der Kläger beschäftigt war. Aeussersten Falles beantragt sie die Einholung eines Obergutachtens von einem hervorragenden Spezialisten auf dem Gebiet der Gehirnerkrankungen. Der Rekurs wurde unter folgender Begründung zurückgewiesen:

In Uebereinstimmung mit dem angefochtenen Urtheil hat das Rekursgericht auf Grund der vom Schiedsgericht veranstalteten Beweisaufnahme in Verbindung mit den in den Strafakten angestellten Erhebungen für erwiesen erachtet, dass der Pocharbeiter Karl L. am Abend des 10. Februar 1899, als er zur Nachtschicht in das Pochwerk gekommen war, dort auf Anordnung des Oberschlämmers K. am Kreisgerenne des Herdes durch die Pocharbeiter K., B. und L. gewaschen worden ist. Dabei war, wie als erwiesen anzusehen ist, der Oberkörper des L. entblösst, und ist ihm ausser den Händen auch das Gesicht nass gemacht und gerieben worden. Das Rekursgericht hat ebenso wie das Schiedsgericht und der Obergutachter die Ueberzeugung gewonnen, dass es bei dieser in einem ungeheizten Raume und mit kaltem Wasser vorgenommenen Reinigung des in sehr unsauberem Zustande zur Arbeit erschienenen Klägers nicht ohne Anwendung von Gewalt zugegangen sein wird. Erwiesen ist ferner, dass L. sich mit seiner Jacke abgetrocknet und bis zur Beendigung der Nachtschicht um $4^3/_4$ Uhr Morgens in dem ungeheizten Pochwerk bei einer Temperatur von 9 bis 6 Grad C. über Null gearbeitet hat. Andere als diese Thatsachen hat auch der Professor Dr. C., soweit die für das Leiden des Klägers verantwortlich gemachten Vorgänge vom 10/11. Februar 1898 in Betracht kommen, seinem Gutachten nicht zu Grunde gelegt. Insbesondere hat er es dahingestellt sein lassen, wie lange die Waschung gedauert hat, und ob dabei eine Bürste verwendet worden ist, was allerdings beides bisher nicht hinreichend aufgeklärt erscheint. Wenn der Sachverständige, ohne weiter Erhebungen zu bedürfen, und obwohl ihm vom R.-V.-A. ausdrücklich die Bezeichnung derjenigen Punkte anheimgestellt war, hinsichtlich deren eine weitere Aufklärung als Grundlage für die ärztliche Begutachtung erforderlich sein sollte, zu einem völlig bestimmten Urtheil gelangt ist, so bestand für das R.-V.-A. zunächst kein Anlass zur Anstellung weiterer Erhebungen in Betreff der thatsächlichen Vorgänge. Das Rekursgericht hat aber auch mit Rücksicht auf die Autorität des Gutachters und die überzeugende Begründung seiner Ansicht kein Bedenken getragen, sich dieser anzuschliessen. Danach ist angenommen worden, dass die starke Abkühlung und die Aufregungen, welche für L. mit der am Abend des 10. Februar 1899 an ihm zwangsweise ausgeführten Reinigung und der nachfolgenden Nachtarbeit verbunden waren, die schwere Erkrankung der Organe in der Schädel-Rückgrathöhle herbeigeführt haben, von welcher der Kläger zweifellos am 11. Februar 1899 alsbald nach seiner Heimkehr vom Pochwerk befallen worden ist. Allerdings würde, wie der Sachverständige meint, ein völlig gesunder Mensch jene Schädlichkeiten möglicherweise ohne Nachtheil überstanden haben, und ist es zum Theil dem angeborenen (leichten) Schwachsinn und der ausgesprochenen Anlage des Klägers zur Erkrankung in geistiger und nervöser Beziehung zuzuschreiben, dass für ihn so schwere Folgen daraus erwachsen sind. Dass der Gutachter gleichwohl den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Erkrankung am 11. Februar 1899 und den Vorgängen vom Abend vorher bejaht, entspricht aber durchaus dem vom R.-V.-A. in ständiger Rechtsprechung festgehaltenen Grundsatz, wonach die bei dem Unfall erlittene Schädigung nicht die alleinige Ursache der Erwerbsunfähigkeit zu sein braucht, vielmehr der ursächliche Zusammenhang zwischen beiden auch dann ausreichend gegeben ist, wenn der Unfall eine von mehreren mitwirkenden Ursachen bildet und als solche ins Gewicht fällt (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 2 zu § 5 des Unf.-Vers.-Ges.). Dass aber die letztere Voraussetzung zutrifft, kann nach dem Gutachten des Professors Dr. Cr. keinem Zweifel unterliegen. Ebenso ist nach diesem Gutachten und demjenigen des Königl. Kreisphysikus Dr. R. in Clausthal vom 13. November 1899 unbedenklich anzunehmen, dass aus jener Erkrankung vom 11. Februar 1899 sich die im Anschluss daran aufgetretene Geisteskrankheit des Klägers entwickelt hat, welche in den jetzt bestehenden Zustand der Verblödung übergegangen ist, und dass durch diesen Zustand die völlige Erwerbsunfähigkeit des Klägerz bedingt wird.

Zu erörtern blieb hiernach nur noch die von der Beklagten ebenfalls in Zweifel gezogene Frage, ob die mehrerwähnte Waschung als ein Betriebsunfall anzusehen ist. Die Voraussetzungen des Begriffs „Unfall" sind gegeben, da es sich um eine für die körperliche und geistige Gesundheit des Verletzten schädliche Einwirkung eines Vorganges handelte, der sich innerhalb eines verhältnissmässig kurzen Zeitraumes abgespielt hat, also ein zeitlich bestimmbares Ereigniss darstellt. Der örtliche und zeitliche Zusammenhang dieses Ereignisses mit dem Betriebe, in welchem der Kläger beschäftigt war, ist gleichfalls ohne Weiteres ersichtlich. Aber auch der ursächliche Zusammenhang mit diesem Betriebe ist nicht zu verkennen. Er beruht, abgesehen davon, dass das zum Waschen des Verletzten benutzte Gerenne eine Einrichtung dieses Betriebes bildete, hauptsächlich darin, dass jene Massregel von einer zur Ertheilung von Befehlen an den Kläger und die übrigen betheiligten Pocharbeiter an sich befugten Aufsichtsperson, dem Oberschlämmer K., unter offenbarer Ueberschreitung der ihm eingeräumten Rechte, angeordnet worden war und die Veranlassung hierzu insofern mit dem Betriebe zusammenhing, als die Mitarbeiter des L. sich über dessen Unsauberkeit beschwert hatten, ihn nicht in der Pochwerkstube dulden wollten, und K., wie er ausgesagt hatte, fürchtete, andere Arbeiter würden sich ansteckende Krankheiten zuziehen, wenn sie mit demselben Gezäh arbeiteten, das L. in den Händen gehabt hatte (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung, Anmerkung 42 Absatz 11 zu § 1 des Unf.-Vers.-Ges.).

Sonach liegen sämmtliche Voraussetzungen zur Begründung des Anspruchs des Klägers auf Gewährung der Vollrente seitens der Beklagten vor, und es musste daher dem Rekurse der letzteren der Erfolg versagt werden.

Zur Erstattung der Kosten war die Beklagte jedoch nicht zu verurtheilen. Die durch die Reise des Klägers nach Göt-

tingen zur Untersuchung durch Professor Dr. Cr. erwachsenen Auslagen sind Kosten der Beweisaufnahme, welche das Reich zu tragen hat. Sobald der Vater des Klägers, der bereits unter dem 13. Juni 1900 an ihn ergangenen Weisung gemäss, diese Auslagen näher nachgewiesen haben wird, werden sie geprüft und gegebenen Falls zur Zahlung angewiesen werden. Auch im Uebrigen sind Kosten des Verfahrens nicht nachgewiesen, insbesondere auch nicht in der Eingabe vom 1. Juni 1900, auch ist ihre Erstattung nicht einmal bestimmt beansprucht. (Kompass.)

[Das Gutachten des Professors Dr. Cramer zu Göttingen über diesen Fall ist in den Amtl. Nachr. d. R.-V.-A. veröffentlicht.]

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Rauchentwickelung und Gesundheitsgefahr.

Entscheidung vom 20. Mai 1901.

Der Destillateur P. in P. besitzt auf einem Grundstücke St. M. eine Kücheneinrichtung mit einem Schornstein; 6—8 m davon befindet sich auf dem Nachbargrundstück ein Hofgebäude mit vier Stockwerken; der Schornstein der fraglichen Küche reicht bis zum zweiten Stockwerk des Nachbargebäudes. Die Küche wird benutzt, um Himbeersaft zu kochen, Zucker zu sieden etc. Bereits in den siebenziger Jahren beschwerten sich Nachbarn über den Rauch aus dem Schornstein. Die Regierung forderte damals, dass der Schornstein höher gemacht würde. Der Oberpräsident hielt dies aber nicht für erforderlich, da der Schornstein nur zeitweilig rauche; es könnten dann die Fenster geschlossen werden. Im Klagewege beim Amtsgericht zu P. erlangte P. 1880 das Zugeständniss der Besitzerin des Nachbargrundstückes, dass er jene Feueranlage zu Destillationszwecken benutzen könne. Auf erneute Beschwerden ersuchte der Polizeipräsident den Kreisphysikus, die Angelegenheit an Ort und Stelle zu untersuchen. Der Sachverständige erklärte, durch die Rauchentwickelung würden die Anwohner nicht nur belästigt, sondern auch in ihrer Gesundheit beschädigt; die Luft, welche in die Wohnungen eindringe, würde durch den Rauch verdorben und zum Athem untauglich. Der Polizeipräsident gab darauf P. auf, binnen vier Wochen Einrichtungen zu treffen, wodurch die Rauchentwickelung verhindert werde; dies werde jedenfalls geschehen, wenn jener Schornstein höher gemacht werde. Der Regierungspräsident wies die Beschwerde ab und nahm an, dass die Forderung des Polizeipräsidenten gerechtfertigt sei. Der Oberpräsident erachtete die weitere Beschwerde ebenfalls für unbegründet, nachdem der Regierungs- und Medizinalrath noch gutachtlich gehört worden war und erklärt hatte, die Rauchentwickelung erscheine gefährlich, wenn sie täglich länger als eine Stunde währe; die Uebelstände würden jedenfalls verschwinden, wenn er Koaks- oder Gasfeuerung einführen würde. Nach erhobener Klage stellte das Oberverwaltungsgericht durch Ermittelungen fest, dass die Rauchentwickelung täglich nicht länger als eine halbe Stunde dauerte und hob dann die Verfügung des Polizeipräsidenten und den Bescheid des Oberpräsidenten mit der Begründung auf, jeder müsse sein Grundstück in einem Zustande erhalten, dass es nicht den Nachbarn Gefahren bereite. Gegenwärtig sei aber die Rauchentwickelung nicht so stark, dass eine Gesundheitsschädigung zu erwarten sei. Sollte aber in Zukunft die Rauchentwickelung grösser werden, so könne die Polizei einschreiten und Abhilfe verlangen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Perlia, Dr. R., Augenarzt in Krefeld. Krolls stereoskopische Leseproben zur Entdeckung der Simulation einseitiger Schwachsichtigkeit oder Blindheit. (30 Tafeln). II. verbesserte Auflage. Preis 3 Mark.

Die Leseproben gehen von der Beobachtung aus, dass es im Stereoskop sehr schwer ist, zu unterscheiden, was mit dem rechten und was mit dem linken Auge gesehen wird. Die Proben zeichnen sich vor ähnlichen, nach demselben Prinzip konstruirten, durch ihre grosse Mannigfaltigkeit aus. So ist z. B. auf der einen Vorlage ein Wort nur dem linken, auf einer anderen Vorlage genau dasselbe Wort nur dem rechten Auge sichtbar. Andere Proben enthalten die beiden Hälften eines Wortes (Gold-Stück) in der verschiedensten Gruppirung, so dass es nicht schwer ist, den Untersuchten so zu verwirren, dass er auch Theile des Wortes liest, welche nur dem angeblich blinden oder schwachsichtigen Auge sichtbar sind.

Groenouw.

Dr. **von Haselberg,** Stabsarzt in Berlin. Tafeln zur Entlarvung der Simulation einseitiger Blindheit und Schwachsichtigkeit. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1901.

Die Tafeln beruhen auf der Thatsache, dass rothe Buchstaben auf weissem Grunde durch ein rothes Glas nicht gelesen werden können. Sie enthalten schwarze Buchstaben und Zahlen, welche durch Anfügung rother Theile in einen anderen Buchstaben oder eine andere Zahl verwandelt werden, z. B. I und K, P und B, 3 und 8. Der zu Untersuchende erhält vor das sehende Auge ein rothes, vor das angeblich blinde oder schwachsichtige Auge ein grünes Glas. Die rothen Theile der Buchstaben erscheinen durch Letzteres ebenso schwarz wie die schwarzen, während sie durch das rothe Glas überhaupt nicht gesehen werden. Liest der Untersuchte also die durch die rothen Theile ergänzten Buchstaben, so hat er diese mit dem schwachsichtigen Auge erkannt.

Groenouw.

Holger Mygind, Prof. Dr., Kopenhagen. Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin, Oskar Coblentz 1901. 252 Seiten, mit 65 Abbildungen. Preis 6 Mark.

Mygind verfolgt mit seinem Lehrbuche den Zweck, praktischen Aerzten und Studirenden zur Diagnose und Behandlung der in der Nasenhöhle, der Rachenhöhle und dem Kehlkopf vorkommenden Krankheiten Anleitung zu geben.

Die Darstellung zerfällt in drei Hauptabschnitte.

Der erste ist der Anatomie und der Physiologie gewidmet. Die anatomischen Ausführungen sind im Wesentlichen topographischer Natur, während die Grundzüge der systematischen Anatomie als bekannt vorausgesetzt werden; nur die Anatomie der Schleimhaut wird eingehender erörtert, weil ihre Kenntniss zum Verständniss der hier auftretenden Krankheiten in erster Linie wichtig ist.

Der zweite Abschnitt enthält die allgemeine Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie; die Zusammenfassung dieser Verhältnisse in einem besonderen, vorausgeschickten Theile erspart es dem Verfasser, die einschlägigen Punkte bei den einzelnen Krankheiten immer zu wiederholen.

Der dritte, grösste Abschnitt umfasst in fünf Kapiteln die Darstellung der einzelnen Krankheiten der oberen Luftwege, nämlich der Nase, der Nasennebenhöhlen, des Nasenrachenraumes, des Rachens und des Kehlkopfes.

Die Darstellung ist — dem Zwecke, den Praktiker und Studirenden zu unterrichten, entsprechend — knapp und fasslich. Die selteneren Krankheiten sind nur ganz kurz erwähnt, dagegen sind diejenigen Affektionen, mit welchen der praktische Arzt häufig zu thun hat, eingehend besprochen. Auch sind bei der Therapie hauptsächlich die Behandlungs-

arten beschrieben, welche jeder Arzt zu beherrschen vermag.

Die Bilder sind theils nach Photographieen, theils nach schematischen Handzeichnungen hergestellt und sind durchaus geeignet, den kurzgefassten Text in instruktiver Weise zu ergänzen. Nicht unerwähnt bleiben darf die in Druck und Papier gleich vorzügliche äussere Ausstattung des sehr lesens- und empfehlenswerthen Lehrbuches.

Richard Müller.

Freud, Dr. Sigm. Ueber den Traum. Heft VIII. Grundfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeldarstellungen für Gebildete aller Stände. Wiesbaden. v. Bergmann. 1901.

Die Ansichten Freud's über das eigentliche Wesen der Hysterie oder, um mit seinen Worten zu reden: der Abwehrneurosen und der Zwangsvorstellungen sind bekannt. Mittelst seiner ebenso hochinteressanten wie angreifbaren psychischen Analysen stösst er zum Schluss immer auf Vorkommnisse aus der Sexualsphäre, welche meist den Charakter eines psychischen Traumas an sich haben und oft in der allerfrühsten Kindheit wurzeln. Ganz ähnliche Deutung erfährt in dem vorliegenden Heftchen das Traumleben, welches demnach durchaus nicht etwa bedeutungslose Reflexakte darstellt, sondern thatsächlich Aufschluss über tiefere seelische Beziehungen giebt, — man muss sie herauszudeuten wissen. So interessant seine Ausführungen sind, so wenig geeignet erscheinen sie zu einer populären Darstellung des Traumes. Schon die Einseitigkeit in dieser, lediglich rein persönliche Theorien vortragenden Schreibweise macht die Schrift zu wenig belehrend. Der „gebildete Laie" bekommt so wohl kaum einen Einblick in unsere ärztlichen Anschauungen vom Traum.

Viel gründlicher, an vielen Stellen etwas zu gründlich und deshalb etwas ermüdend, ist dasselbe Thema in folger Uebersetzung uns zugänglich gemacht.

Sanctis, Sante de. Die Träume. Medizinisch-psychologische Untersuchungen. Uebersetzt von Dr. O. Schmidt, nebst Einführung von Dr. P. Möbius. Verlag Halle a. S. C. Marhold. 1901.

Aus der Fülle des Gebotenen seien die Leser der Sachverständigen-Zeitung besonders auf die Kapitel über die Träume Hysterischer, Epileptiker, Neurastheniker, auf die Träume der Irren und der Verbrecher hingewiesen. Es würde zu weit führen, Einzelheiten anzuführen, und es genügt, zu erwähnen, dass namentlich viele forensisch wichtige Beobachtungen in dem Buch enthalten sind. Hierin wird für uns der Hauptwerth liegen. Dass Vieles von den persönlichen Auffassungen und Deutungen des Verfassers auf Widerspruch stossen muss, ist bei dem schwierigen Thema selbstverständlich. Wo man so wenig Sicheres weiss, ist jede Ansicht zollfrei. Aber das Buch wird als Grundlage für spätere Forschungen dienen, denn es ist in ihm eine erstaunliche Fülle von Material zusammengetragen. Selbst die ersten Anfänge einer brauchbaren diagnostischen Verwerthung des Traumlebens liegen vor. Im Ganzen birgt dasselbe ausser dem ärztlich Wichtigen gerade das in sich, was obigem Heftchen fehlt, nämlich die fesselnde Belehrung des Laien, — und das sind wir auf diesem Gebiete noch, auch wenn wir Aerzte sind. Auch dem Wunderbaren und Unerklärlichen im Traume ist ein Kapitel gewidmet. Sanctis hat die Freud'sche Arbeit nicht gekannt, als er sein Buch schrieb; dieselbe ist also in gewissem Sinne eine Ergänzung zu dem Werke des Römers. Möbius bedauert mit Recht, dass sich der Verfasser nicht mit den Freud'schen Ideen hat auseinandersetzen können.

Marcinowski.

Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Eine klinische Studie. Jena, Fischer. 1901. 222 S. 5,00 M.

Verf. verfügt über ein überaus reiches Material an eigenen Beobachtungen, die theils der phychiatrischen Klinik, theils der Beobachtungsstation und dem Strafgefängniss zu Breslau entstammen. Dieses liegt überall der Darstellung zu Grunde und nur in relativ geringem Umfange wird auf die Literatur Bezug genommen.

In vier Kapiteln werden 1. das Delirium tremens, 2. das chronische Delir und die Korsakow'sche Psychose, 3. die akute Hallucinose und 4. die kurz dauernden Bewusstseinsstörungen besprochen.

Den breitesten Raum nimmt begreiflicherweise das Delirium tremens ein, dessen Symptome werden an der Hand mühsamer experimental-psychologischer Untersuchungen analysirt, die Thätigkeit der perzipirenden Organe, die Aufmerksamkeit, der Vorstellungsverlauf, die Merkfähigkeit, die Kombinationsfähigkeit u. s. w. wurden geprüft, und so selbst diesem altbekannten Krankheitsbilde interessante neue Züge abgewonnen. Die pathologisch-anatomischen Befunde wurden eingehend geschildert und mit wohlthuender Skepsis behandelt. — Aetiologisch ist von Bedeutung, dass Verfasser die Abstinenz-Delirien doch nicht ganz von der Hand weisen zu dürfen glaubt. Die häufigsten Gelegenheitsursachen sind Lungenerkrankungen, nächstdem Infektionen; die oft angeschuldigten Verletzungen sind meist nicht Ursachen, sondern schon Folgen der ersten deliranten Erscheinungen. In 30 % der Fälle ist überhaupt keine Gelegenheitsursache nachzuweisen.

Das chronische Delirium charakterisirt der Verlust der Merkfähigkeit und der Orientirung und die Neigung zur Konfabulation. Der Merkfähigkeitsverlust ist nicht immer ein vollständiger. Wichtig ist, dass auch retrograde Amnesie häufig ist, die sich auf die wichtigsten Lebensereignisse erstrecken kann und auf deren Basis der fixe Wahn entstehen kann, in einer längst vergangenen Zeit zu leben. — Dieser Symptomenkomplex in Verbindung mit Polyneuritis trägt den Namen Korsakow's. Das ganze Krankheitsbild kann auch durch andere ätiologische Momente, Infektionen, Intoxikationen u. a. verursacht werden. Für alkoholistische Entstehung spricht der Beginn mit einem akut deliranten Stadium. — Die pathologisch-anatomischen Befunde, die ausführlich geschildert werden, hält Verf. noch nicht für pathognomonisch. Interessant ist die Beziehung zur Polioencephalitis haemorrhagica superior.

Bei der akuten Hallucinose stehen Gehörstäuschungen im Vordergrunde, welche meist zu einem Erklärungswahn führen. Besonnenheit und Orientirung sind in der Regel erhalten, doch mitunter unterbrochen durch vorübergehende delirante Phasen. — Die Frage, warum der eine Trinker an Delirium, der andere an akuter Hallucinose erkrankt, führt zu interessanten, individual-psychologischen Erwägungen. Zur akuten Hallucinose sind mehr die geistig arbeitenden Trinker disponirt.

Für die forensische Sachverständigen-Thätigkeit ist das vierte Kapitel von besonderer Wichtigkeit. Die Thatsache, dass es pathologische Rauschzustände giebt, bei denen für den oberflächlichen Beobachter keine schwere Betrunkenheit vorzuliegen, vielmehr die Besonnenheit leidlich erhalten zu sein scheint, während thatsächlich eine tiefe Bewusstseinsstörung vorhanden ist, ist nicht allein Laien und Richtern, sondern auch Aerzten noch viel zu wenig bekannt. Auch das Verhalten der Amnesie kann praktisch bedeutsam sein; die Erinnerung kann in der ersten Zeit wohlerhalten sein und nachträglich schwinden, oder kann umgekehrt Anfangs ganz fehlen und später plötzlich wieder auftauchen; meist ist sie freilich dauernd erloschen. Von grossem theoretischen Interesse sind die Veränderungen der Pupillarreaktion in solchen Zuständen.

Die Lektüre des Buches ist Jedem, der sich sachverständig über Trinker zu äussern hat, dringend zu empfehlen.

Deiters-Andernach.

Schanz, Heinrich. Die vorläufige Vormundschaft nach Reichsrecht und den Landesgesetzen. München 1901. C. H. Beck. 80 S. Mk. 1,80.

Wiewohl das Entmündigungsverfahren — bei allen Garantieen für seine berechtigte Anwendung — durch die Zivilprozessordnung vereinfacht worden ist, so dauert es doch naturgemäss geraume Zeit, ehe die Entmündigung verhängt ist. Es besteht die Gefahr, dass der Kranke die kritische Zeit missbraucht, die zwischen der Einleitung des Entmündigungsverfahrens und der Verhängung der Entmündigung liegt. Hier soll die vorläufige Vormundschaft, die antizipirte Entmündigung, wie sie V. nennt, einsetzen, der er in vorliegender Broschüre eine monographische Bearbeitung angedeihen lässt.

Nach einem geschichtlichen Ueberblick bespricht er den Zweck der vorläufigen Vormundschaft, ihre materielle und formelle Voraussetzung, ihre Wirkung und Beendigung, sowie das bei ihrer Verhängung zu befolgende Verfahren.

Wenn auch die Arbeit eine rein juristische ist, so sei sie doch, zumal sie klar und fasslich geschrieben ist, den Aerzten, insbesondere den Irrenanstalts-Aerzten empfohlen; an sie wenden sich eben naturgemäss die Angehörigen des Kranken mit der Frage, was zu thun sei, bis die Entmündigung ausgesprochen ist!

Ernst Schultze.

Gebührenwesen.

Entwurf eines Gesetzes über die Gebühren der Medizinalbeamten.

Der in der vorigen Session des preussischen Abgeordnetenhauses unerledigt gebliebene Gebührengesetz-Entwurf — vergl. Jahrg. 1901, S. 131 — ist dem Landtag nunmehr in etwas veränderter Form wieder zugegangen. Die wichtigsten ersten vier Paragraphen lauten:

§ 1. Die Kreisärzte erhalten für amtliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, soweit dieses Gesetz in dem § 3 nicht ein Anderes bestimmt, ausser ihren etatsmässigen Bezügen keine weitere Vergütung aus der Staatskasse. § 2. Bei anderen amtlichen Verrichtungen, insbesondere bei solchen, welche durch ein Privatinteresse veranlasst sind, oder für ortspolizeiliche Interessen in Anspruch genommen werden, deren Befriedigung den Gemeinden gesetzlich obliegt, erhalten die Kreisärzte von den Betheiligten Gebühren. § 3. Für die Thätigkeit als gerichtliche Sachverständige (Gerichtsärzte) steht den Kreisärzten ein Anspruch auf Gebühren zu. § 4. Die Kreisärzte erhalten aus der Staatskasse in den Fällen des § 2 von den Betheiligten Tagegelder und Reisekosten nach Massgabe der für Staatsbeamte geltenden allgemeinen Bestimmungen. Werden die in dem § 2 bezeichneten Verrichtungen an dem Wohnorte oder in einer Entfernung von weniger als 2 Kilometer von demselben vorgenommen, so haben die Kreisärzte Anspruch auf Ersatz der veranlagten Fuhrkosten.

Die Begründung des Entwurfs enthält noch einige wichtige Einzelheiten. In den Städten mit königlicher Polizeiverwaltung werden die Medizinalbeamten für Verrichtungen im ortspolizeilichen Interesse keine besondere Vergütung erhalten. Dabei ist aber in Aussicht genommen, zur Beseitigung von Unbilligkeiten in solchen Städten, in welchen diese Verrichtungen einen grösseren Umfang haben, pensionsfähige persönliche Besoldungszulagen zu gewähren. Hierbei ist auch noch zu berücksichtigen, dass bei den Verrichtungen aus § 1 keine Fuhrkosten für Reisen innerhalb des Wohnorts und binnen 2 km von demselben erstattet werden!

Nichtbeamtete Aerzte erhalten selbstverständlich auch bei Verrichtungen aus § 1 Gebühren und zwar nach Massgabe der für die Einzelleistungen aus § 2 vorgesehenen.

Als Anlage I sind zwei Urtheile des Oberverwaltungsgerichts beigegeben, aus denen hervorgeht, dass in Städten mit königlicher Polizeiverwaltung die Medizinalbeamten schon auf Grund des bisherigen Rechts nicht befugt sind, für Verrichtungen im ortspolizeilichen Interesse Gebühren zu beanspruchen.

Als zweite Anlage folgt der Entwurf eines Tarifs, der nicht dem Landtag unterliegt, sondern, falls der Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form Gesetz wird, vom Medizinalminister erlassen werden soll und nach Bedarf stets geändert werden kann.

Allgemein wird in dem Tarif bestimmt, dass jedes Hinausgehen über die Mindestsätze durch Zeitaufwand und Arbeitsleistung ausdrücklich begründet werden muss. Bei besonders schwierigen und umfangreichen Verrichtungen darf mit Genehmigung des Regierungspräsidenten die Höchstgebühr überschritten werden.

Es sind angesetzt: Für Abwartung eines Termins bis zur Dauer von zwei (bisher drei) Stunden — 6 Mark, einschliesslich der während des Termins erfolgten Untersuchung und mündlichen Begutachtung. Jede angefangene halbe Stunde mehr — 1 Mark (bisher jede Stunde 1,50 Mark).

Für Voruntersuchung in der Wohnung oder Anstalt des Arztes — 3 Mark, desgleichen ausserhalb derselben — 5 Mark (3 Mark), für frustrirte Vorbesuche 3 Mark (neu). Für Akteneinsicht ausserhalb des Termins — 1,50 bis 6 Mark (neu).

Für Betheiligung bei einer Leichenschau (Besichtigung einer Leibesfrucht etc.) — 8 Mark (6). Für Leichenöffnung — 24 (12, unter besonderen Bedingungen 24). Für Sektion von Leichentheilen oder nicht lebensfähigen Früchten 10 Mark (neu). Für nachträglichen Leichenschau-Bericht 4 (3), für Obduktionsbericht 10—30 (6—18 Mark).

Für Befundschein oder kurze Auskunft 3 (3), für begründetes schriftliches Gutachten 10—30 (6—24), für Untersuchung eines Nahrungs- und Genussmittels etc. nebst kurzer Aeusserung 3—10 (neu), für mikroskopische und physikalische Untersuchung mit kurzer Aeusserung 6—20 (neu), für bakteriologische und chemische Untersuchung einschliesslich Gutachten 12—75 Mark (12—75 für Chemiker) und Ersatz der Unkosten. In den Gebühren für begründete Gutachten etc. sind Voruntersuchungen und Akteneinsicht einbegriffen.

Die Verrichtungen von „Leichenschau" bis „bakteriologische Untersuchung" werden in aussergerichtlichen Angelegenheiten ebenso honorirt.

In den Fällen des § 2 wird berechnet: Für Besichtigung einer Wohnung, einer gewerblichen Anlage, eines Schiffes, einer Krankenanstalt etc. nebst kurzer Aeusserung — 4 bis 30 M., eines Begräbnissplatzes — 15 bis 25 M., für ein Gutachten zwecks Anstaltsaufnahme Geisteskranker, Blinder etc. — 6 bis 25 M., für Ausstellung eines Leichenpasses ohne Besichtigung — 3 M., desgl. mit Besichtigung 10 M.; für Besichtigung einer Mineralwasserfabrik, Drogenhandlung etc. 3 bis 10 M.; für ein Zulassungszeugniss für Apotheker-Lehre — 6 M., für ein Befähigungszeugniss für Apothekerschwestern etc. — 6 M., desgl. zur Aufnahme in eine Hebammenlehranstalt — 3 M., desgl. als Desinfektor und Leichenschauer 6 M., desgl. als Heilgehilfe etc. 10 M., desgl. als Fleischbeschauer 6 M., alles einschliesslich Prüfungsgebühr; für Nachprüfung der vier letzten Kategorieen — 3 M.; für Militärreklamationszeugnisse 6 M., für Gesundheitszeugnisse für den Eintritt in öffentlichen Dienst — 3 M.,

desgl. für Aufnahme ins Seminar u. dgl. — 3 M., desgl. für Arbeiter behufs Beschäftigung in bestimmten Gewerbebetrieben 1 M., für Zeugniss zur Begründung von Gesuchen wegen Unterstützung, Urlaub, Nichterscheinen vor Gericht, Strafaufschub u. dgl. — abgesehen von Fällen besonders eingehender Untersuchung oder wissenschaftlicher Begründung — 3 M.

Es wird nothwendig sein, auf den für alle Aerzte ungemein wichtigen Gegenstand — denn auch für Nichtbeamte, die zu sanitätspolizeilichen und gerichtsärztlichen Verrichtungen zugezogen werden, gelten die Vorschriften des Entwurfs — noch ausführlich zurückzukommen.

Tagesgeschichte.

Der Prozess Dührssen.

Am 3. März stand der hiesige bekannte Frauenarzt Professor Dührssen vor Gericht, um sich gegen die Anklage der fahrlässigen Körperverletzung zu vertheidigen.

Dem Professor D. war von einem seiner früheren Assistenten eine von diesem längere Zeit behandelte Frau zur Vornahme der Vaginofixation überwiesen worden. Er hatte, nachdem die Frau abends in die Klinik aufgenommen war, die Operation für den nächsten Morgen angesetzt, nachdem er aus der von seinem derzeitigen Assistenten geführten Krankengeschichte ersehen hatte, dass die angeblich 42jährige Frau besonderes Gewicht auf Beseitigung ihrer Unfruchtbarkeit lege. Bei dem Versuche, die Gebärmutter nach vorn zu bringen, ergaben sich Verwachsungen, bei deren Lösung eine starke Blutung auftrat. Darauf erfolgte erst die Unterbindung der Gebärmutter-Schlagadern, dann, als sich eine lebensgefährliche Geschwulst an der Gebärmutter herausstellte — so melden wenigstens die Tagesblätter — die Ausrottung der Gebärmutter. Die Operation hatte eine Darmfistel zur Folge.

Der Ehemann der Operirten erhob Klage, indem er behauptete, seine Frau habe lediglich Kinder bekommen wollen, er würde nie eine so grosse Operation zugegeben haben, wie sie thatsächlich gemacht worden sei.

In einem Gutachten des Medizinalkollegiums wird die Frage der Fahrlässigkeit bejaht. D. habe fahrlässig gehandelt, erstens weil er die Genehmigung der Frau zu der Operation nicht nachgesucht, zweitens weil er sich lediglich auf die Krankengeschichte eines anderen Arztes verlassen, drittens weil er bei einer **45**jährigen Frau, die lediglich unfruchtbar, nicht aber — klinisch genommen — krank gewesen sei, eine Operation, die in diesem Falle minimale Aussichten auf Erfolg biete, vorgenommen habe.

Ein Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation gab das Erforderniss der vom Operateur selbst aufzunehmenden Krankheitsgeschichte preis, kam aber sonst zu den gleichen Ergebnissen, wie die vorgenannte Behörde.

Im Gegensatz dazu vertrat Geheimrath Fritsch-Bonn den Standpunkt, dass Professor Dührssen nicht fahrlässig gehandelt habe. Er wies in überzeugender Weise aus den Akten nach, dass die Frau klinisch nicht „gesund" war, als sie sich operiren liess: Sie war 5 Monate in ärztlicher Behandlung gewesen, und ihr Ehemann hat selbst geschrieben: „sie habe gesund und von allen Leiden befreit werden sollen." Professor D. habe annehmen können, dass der Arzt, der die Frau ihm zuwies, den Ehemann über das Wesen und die Aussichten der Operation unterrichtet habe. Ueber die Zweckmässigkeit der Operation selbst könne man verschiedener Ansicht sein; wenn aber Dührssen — als erfahrener Frauenarzt — die wissenschaftliche Ueberzeugung gehabt habe, dass er hier operativ heilen könne, so habe er nach seiner Ueberzeugung handeln müssen.

Der Gerichtshof sprach den Angeklagten frei. In der Begründung ist besonders darauf hingewiesen, dass das klägerische Ehepaar mehrerer unwahrer Angaben überführt sei, durch welche die thatsächlichen Grundlagen der im Uebrigen anzuerkennenden Gutachten der beiden gutachtlichen Körperschaften in wesentlichen Punkten umgestürzt würden. Nach dem Ergebniss der Verhandlungen sei eine Schuld des Angeklagten nicht erwiesen, er habe vielmehr Alles gethan, was er nach den Pflichten eines gewissenhaften Operateurs thun konnte.

Soweit die Thatsachen bezw. die aus den Tageszeitungen zu entnehmenden Nachrichten. Der Prozess unterscheidet sich von ähnlichen Klagefällen zunächst schon insofern, als von vornherein die Technik der Operation in keiner Weise angefochten wurde und nur das Recht zur Vornahme der Operation selbst in Frage gestellt wurde. Die schwierigste Streitfrage: wie weit ein Operateur rechtlich verpflichtet ist, dem zu Operirenden alle nicht blos zu erwartenden, sondern überhaupt möglichen Folgen des Eingriffs persönlich auseinanderzusetzen — diese Streitfrage ist zwar im Laufe des Prozesses gestreift, aber nicht generell beantwortet worden. Für die zweite, nicht minder wichtige Frage: Unter welchen Bedingungen hinsichtlich des vorauszusehenden Erfolges ein ernster Eingriff überhaupt gestattet sein soll — hat unserer Meinung nach Fritsch diejenige Lösung genannt, welche bei voller Wahrung des Interesses der Kranken auch dem Arzte den sichersten Rechtsboden gewährt. Die auf wissenschaftliche Kenntniss und Erfahrung gegründete Ueberzeugung des einzelnen Operateurs muss hier massgeblich sein; sonst sind die Aerzte ungenügend geschützt gegen ein Publikum, welches, wie im vorliegenden Falle, bei Misserfolgen den Arzt nicht blos schmäht, sondern gerichtlich verfolgt. Grade der „Fall Dührssen" ist sehr lehrreich, weil hier einerseits der Operateur völlig unentgeltlich gearbeitet hatte, also durchaus uneigennützig verfahren war, während andererseits seine Anklägerin, die durch eine unwahre Altersangabe (42 statt 45 Jahre!) selbst dazu beigetragen hatte, die Operation zu provoziren, auch weiterhin ihre Beschuldigungen zum Theil auf unrichtige Angaben stützte.

In der Presse wird anlässlich dieses Prozesses die auch in anderen ähnlichen Fällen aufgeworfene Frage erörtert, ob es richtig war, dass der Minister dem sachkundigen Referenten der Wissenschaftlichen Deputation untersagt hatte, sein Gutachten persönlich in der Verhandlung zu vertreten. Dies wurde um so peinlicher empfunden, als eine Aeusserung des Referenten zu der nach dem Ergebniss der Verhandlungen veränderten Lage der Thatsachen sehr wesentlich gewesen wäre. Die Aerztekammer bereitet, dem Vernehmen nach, eine diesbezügliche Eingabe vor. Wir würden es für zweckmässig halten, wenn allen Erörterungen über diesen Punkt eine Prüfung der dem betr. Verbot zu Grunde liegenden Rechtsverhältnisse vorausginge. Eine solche Kritik vom juristischen Standpunkte gedenken wir schon in nächster Nummer aus der Feder eines hervorragenden Fachmannes zu bringen.

F. L.

Die soeben erlassene Apotheken-Betriebsordnung.

Gegenüber der bisher giltigen Betriebsordnung sind in der vom 1. März ab in Kraft getretenen nur wenig wesentliche Aenderungen zu verzeichnen.

In der Rezeptur wird eine Vorrichtung zur Herstellung von Tabletten verlangt. Spezialitäten dürfen nur dann in gemeinsamen Behältern aufbewahrt werden, wenn sie sich

in abgeschlossenen Packeten befinden, einzeln bezeichnet, sowie ordnungsmässig und übersichtlich aufgestellt sind. Im Arzneikeller ist, vor Licht geschützt, der thierische Impfstoff aufzubewahren.

Die Signatur jeder Arznei muss in deutscher Sprache die Bezeichnung der Apotheke, den Tag der Herstellung und die Gebrauchsanweisung enthalten. Ausserdem müssen die verordneten Bestandtheile und womöglich der Name des Kranken darauf vermerkt sein.

Die Abgabe von Geheimmitteln wird nicht mehr besonders angeführten Bedingungen unterworfen, sondern regelt sich nach den hierüber bestehenden Bestimmungen.

Apothekern, welche ihre Apotheke ohne Gehilfen betreiben, kann auf ihren Antrag durch den Regierungspräsidenten widerruflich gestattet werden, sich während bestimmter Stunden zu entfernen, wenn gesorgt ist, dass sie im Bedarfsfalle binnen einer Stunde zurückgeholt werden können. An Orten mit zwei oder mehr Apotheken kann nach Vereinbarung an Sonn- und Feiertagen abwechselnd ein Theil der Apotheken geschlossen werden. Dies ist dann öffentlich bekannt zu geben. Der Apothekenvorstand muss jede Behinderung in der Leitung, die drei Tage überdauert, unter Nennung des Vertreters dem Kreisarzt mittheilen. Bis 14 Tage darf ihn ein Gehilfe, bei längerer Behinderung muss ihn ein approbirter Apotheker vertreten. Hintereinander darf ein Apothekenvorstand ohne Genehmigung des Regierungspräsidenten sich nicht länger als drei Monate, im ganzen Jahre nicht länger als vier Monate vertreten lassen.

Krebsforschung.

Ueber die Ergebnisse der Krebsforschung theilte in der Sitzung der Budgetkommission des preussischen Abgeordnetenhauses am Dienstag der Vertreter der Staatsregierung mit, dass das von den deutschen Aerzten an das Berliner Komitée für Krebsforschung eingesandte Material im Ganzen über 12000 Krankheitsbilder umfasse; als Resultat sei positiv festgestellt worden, dass der Krebs nicht erblich ist, aber ansteckend: es gäbe einige Orte, an denen immer wieder Krebskranke vorkämen. Durch Pflanzen sei der Ansteckungsstoff nicht übertragbar, dagegen wohl durch Thiere, die sehr viel krebskrank seien, wie z. B. Hunde und Katzen; weniger, fast gar nicht durch Pferde und Rinder. Jetzt sollen in der Charité zu Berlin zwei Baracken unter Professor v. Leyden in einer Untersuchungstation und zur Behandlung für Krebskranke eingerichtet werden. Ferner haben Private 150000 Mark für drei Jahre zugesichert zur Errichtung eines Instituts für Krebskrankheit-Untersuchung. Das Institut soll in Frankfurt a. M. errichtet werden.

Aerztliche Studienreisen.

In der am 20. Februar abgehaltenen Generalversammlung des Komitees zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen in Bade- und Kurorte wurde ein Statut des Komitees festgestellt. Zum Vorsitzenden wurde Geheimrath Prof. Dr. E. v. Leyden, zum stellvertretenden Vorsitzenden Geheimrath Prof. Dr. Liebreich gewählt. Dr. W. H. Gilbert fungirt als Generalsekretär, Dr. P. Meissner-Berlin als erster Schriftführer, Dr. A. Oliven als zweiter Schriftführer und Schatzmeister. Des Weiteren wurde der diesjährige Reiseplan wie folgt festgesetzt.

Die Studienreise beginnt in Dresden, geht über Schandau, Königsbrunn, Bilin, Teplitz, Giesshübel, Elster, Franzensbad, Lobenstein, Steben, Marienbad und endet in Karlsbad.

Bemerkenswerth ist, dass in diesem Jahre die Studienreise bereits in den ersten Tagen des Septembers beginnt und einen Tag vor Beginn der Naturforscherversammlung in Karlsbad endet.

Ueber die Kosten werden demnächst nähere Angaben gemacht werden.

In das Ehrenkomitee wurden gewählt: Geheimrath Professor Dr. Eulenburg-Berlin, Geheimrath Professor Dr. Ewald-Berlin, Dr. Laquer-Wiesbaden, Professor Dr. Posner-Berlin, Professor Dr. Schwalbe-Berlin, Hofrath Dr. Spatz-München, Medizinalrath Professor Dr. Soltmann-Leipzig.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 4. Februar 1902 betreffend Berichtigungen für den Medizinalkalender.

Erlass vom 15. Februar 1902 betreffend Uebernahme von Nebenämtern seitens der Kreisassistenzärzte.

Die Kreisassistenzärzte wie alle Staatsbeamten bedürfen zur Betheiligung an der Gründung und Verwaltung von Aktien-, Kommandit- und Bergwerks-Gesellschaften der Genehmigung. Im Uebrigen gelten für sie betr. Nebenämter dieselben Bestimmungen wie für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte.

Erlass vom 20. Februar 1902 betreffend Zuziehung der Medizinalbeamten bei gerichtlichen Leichenöffnungen.

Als zweiter Obduzent ist zuzuziehen: neben dem eventuellen Gerichtsarzt ein zweiter Gerichtsarzt bezw. der Kreisarzt; neben dem Kreisarzt der Kreisassistenzarzt oder, falls dieser fehlt, ein Medizinalbeamter eines Nachbarkreises. Ist ein Zurückgreifen auf kreisärztlich geprüfte Privatärzte nothwendig, so empfiehlt sich für jeden Kreis eine entsprechende Vereinbarung mit einem bestimmten Arzte.

Erlass vom 7. Februar 1902 betreffend Arzneiverordnung durch Fernsprecher.

Es steht den Apothekern frei, Verordnungen von Arzneien, die dem freien Verkehr überlassen sind, durch Fernsprecher entgegenzunehmen. Starkwirkende Arzneimittel dürfen nur bei Lebensgefahr auf telephonische Bestellung angefertigt und nur gegen Aushändigung des schriftlichen Rezepts abgeliefert werden.

Bekanntmachung vom 12. Februar betreffend Beschäftigung von Apothekergehilfen mit ausländischen Prüfungszeugnissen in deutschen Apotheken.

Erlass vom 31. Januar 1902 betreffend Lieferungen von Arzneimitteln an die Mitglieder von Krankenkassen.

Arzneistoffe, die nicht gesetzlich den Apotheken vorbehalten sind, dürfen die Kassenvorstände den Mitgliedern gegebenen Falls direkt überlassen, nicht aber die in der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 bezeichneten Arzneistoffe sowie die Arzneizubereitungen und -Mischungen.

Verfügung vom 18. Februar 1902 betreffend Erlass einer Apotheken-Betriebsordnung nebst Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken (S. o.)

Erlass vom 1. Februar 1902 betreffend Kontrole der Seeschiffe aus den türkischen Häfen Klein-Asiens wegen Pestgefahr.

Erlass vom 11. Februar 1902 betreffend Einstellung der gesundheitspolizeilichen Kontrole der Seeschiffe aus Neapel.

Erlass vom 14. Februar 1902 betreffend Preisschrift von Dr. Knopf: „Die Tuberkulose als Volkskrankheit."

Den Volksschulen werden Exemplare der Preisschrift überantwortet, nach denen eine Belehrung der Schüler stattfinden soll.

Erlass vom 31. Januar 1902 betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Trunksucht.

In den Volksschulen sollen die Kinder über die Schädlichkeit des Alkoholmissbrauchs unterwiesen werden.

Erlass vom 11. Januar 1902 betreffend Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter in Hasenhaarschneidereien und ähnlichen Zubereitungsanstalten.

[Genaueres in der „Gewerbehygienischen Rundschau", die in dieser Zeitschrift periodisch erscheint].

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare. Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. № 7. Ausgegeben am 1. April.

Inhalt:

(Aus dem „Herrmann-Haus", Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerksberufsgenossenschaft, Stötteritz-Leipzig. Chefarzt Prof. Dr. Windscheid.)

Ueber die Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Trauma.

Von

Dr. F. Apelt,

Assistenzarzt der Klinik.

Die von Möbius[1]) 1886 aufgestellte sogen. chemische Thyreoidtheorie, die uns über die Pathenogenese der Basedowschen Krankheit in mancher Hinsicht aufklärt, gewinnt immer mehr Anhänger. Dieser Autor glaubt, dass von der Glandula thyreoidea in Folge eines in ihr auftretenden krankhaften Prozesses Gifte produzirt werden, deren Wirkung sich in den bekannten Symptomen jener Krankheit äussert. Die ätiologischen Momente, welche für das Auftreten dieser abnormen Sekretion verantwortlich zu machen seien, sind uns nach seiner Ansicht noch unbekannt; doch konstatirt er, dass es an Beobachtungen nicht fehle, in denen nach schweren plötzlichen oder langanhaltenden psychischen Erregungen Symptome von Morbus Basedowii aufgetreten seien. Gerade letzteren Punkt greift Vetlesen[2]) 1899 auf. Fussend auf den von Kölliker[3]) 1894 mitgetheilten Untersuchungsergebnissen, dass in der Schilddrüse „nicht allein sowohl gefässkonstringirende als auch gefässdilatirende Nerven nachgewiesen seien, sondern dass es auch in Betreff einzelner Organe eine berechtigte Hypothese sei, dass ein und dasselbe Nervenelement sowohl Zusammenziehung als Erschlaffung der Gefässmuskeln bewirken könne", und auf Grund mehrerer selbst beobachteter Fälle kommt er zu der Auffassung, dass in der Aetiologie jener krankhaften Schilddrüsenprozesse das Nervensystem die primäre Rolle spielen müsse. In 7 seiner 13 Fälle habe er als disponirendes Moment eine erbliche neuropathische Belastung vorgefunden, und diese ist nach seiner Ansicht „absolut disponirend" zu Morbus Basedowii. In 3 der

[1]) Die Basedowsche Krankheit von J. Möbius. Spezielle Pathologie und Therapie von H. Nothnagel. XXII. Bd. II. 7.

[2]) Vetlesen, Der Morbus Basedowii mit besonderer Rücksicht auf Pathenogenese und Behandlung. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 27, H. 5-6.

[3]) Kölliker cit. n. Vetlesen.[2])

Fälle seien psychische Affekte als Ursache aufzufassen, möge man sie nun als Gelegenheits- oder als determinirende Ursache annehmen: in dem einen anstrengende Examenstudien, in einem zweiten Schreck und deprimirende Gemüthseindrücke, im dritten endlich Ueberanstrengung im Lehrberuf.

Auf ähnlichem Standpunkt wie Vetlesen steht auch Bushan;[4]) das Befallenwerden psychopathischer Individuen, die Aehnlichkeit der Basedowschen Krankheit mit einer sog. Schreckneurose, die überaus häufige Kombination derselben mit anderen Neurosen wie Hysterie, Epilepsie, Chorea, Manie, Melancholie, ferner die Erfolge mit Wasser, Elektrizität, Höhenluft, Diät u. a. bestimmen ihn zu dieser Anschauung. Die günstigen Resultate seiner hydrotherapeutischen Kuren — unter 90 in 30 Jahren beobachteten Based.-Kranken sei nur einer gestorben, sonst sei immer Besserung erzielt worden — sind für Winternitz[5]) mit eine Veranlassung, die Ursachen des Morbus Basedowii auf dem Gebiet der Neurosen zu suchen: die grosse Mehrzahl der „akuten und vollkommen typischen Fälle" entständen „plötzlich nach einem heftigen Nervenshok."

Wenn auch meiner Ansicht nach letztere Behauptung etwas zu weit geht, so findet man doch sicher bei Durchsicht der Literatur hierzu gehörige Fälle. So beschreibt Harland[6]) zwei Individuen, die den zahlreichen Strapazen und psychischen Erregungen des Krieges ausgesetzt waren; der eine hat im Transvaalkriege eine Schädelwunde davongetragen, der zweite, der bereits im spanisch-amerikanischen Kriege mitgefochten hatte, litt in den Transvaalkämpfen an schwerer Dysenterie; beide boten das Bild der Basedow-Krankheit dar und sind in der Kapkolonie beobachtet worden. Grohmann[7]) kann von 14 Basedow-Kranken berichten, 13 Frauen und 1 Mann; bei 4 war neuropathische Anlage, bei 2 Schreck, bei 1 langanhaltende Aufregungen als aetiologisches Moment zu eruiren. Hirschl[8]) beobachtete eine hereditär nicht belastete Frau, die nach einem Typhus abdominalis sich nicht recht erholen konnte; nach einigen Monaten erlitt sie einen Schreck, im Anschluss an welchen ein typischer Basedow sich entwickelte; zwei Monate später traten auch die Symptome des Myxoedems auf.

Man kann wohl annehmen, dass wenn in letzterem Falle der Organismus durch die vorausgegangene Infektionskrankheit nicht geschädigt gewesen wäre, der Schreck an sich eine so rapide Entwicklung des Morbus Basedowii kaum zur Folge gehabt hätte.

Ueberhaupt wird in den meisten Fällen von Basedow, die kurze Zeit nach einer psychischen Emotion irgend welcher Art aufgetreten sind, nach einem Bindeglied zwischen Letzterer und jener Erkrankung gesucht werden müssen, mag dasselbe nun erbliche Belastung, Alkoholismus, Hysterie, Epilepsie, Infektionskrankheit u. s. w. heissen. Es ist das ein Punkt, der meiner Ansicht nach bisher noch nicht genügend hervorgehoben worden ist und bei der Klärung der Frage nach der Aetiologie der Basedowschen Krankheit von Nutzen sein kann. Würde ein Trauma, ein Schreck u. A., an sich einen bisher widerstandsfähigen Organismus im Allgemeinen derart schädigen, dass auf dieser Basis ein Basedow sich entwickeln könnte, wie oft würde dann diese Krankheit dem Begutachter zu Gesicht kommen! Erweist es sich aber als eine häufige Beobachtung, dass einer der obengenannten Faktoren als Mittelglied in der Kette „psychische Erregung — Basedow" auftritt, dass also im Allgemeinen erst, nachdem er den Boden für das letztere Leiden vorbereitet hat, dasselbe zur Entwicklung kommt, so wäre damit vielleicht ein Weg gefunden, der zur Lüftung des Dunkels, das immer noch über der so wichtigen Frage nach den Ursachen der Basedowschen Krankheit schwebt, führen könnte.

Die Erfahrung zeigt ferner, dass es auch Fälle giebt, bei denen vor dem Unfall ein auf irgend einer Basis sich entwickelnder Basedow besteht; derselbe bietet aber noch so geringe Symptome, dass er wohl dem Arzt, nicht aber dem Laien, ja nicht einmal dem Kranken selbst auffällt. Trifft nun Letzteren ein Trauma oder eine andere psychische Erregung, so kann nunmehr der Organismus in seiner Widerstandskraft weiter so geschwächt werden, dass nun der Boden für eine rasche Weiterentwicklung des Basedow geschaffen ist. Der Laie führt ihn auf den Unfall zurück, der Arzt wird anderer Ansicht sein müssen. Solche Fälle sind daher für den Begutachter von hohem Interesse, sodass eine Veröffentlichung unserer einschlägigen Fälle wohlbegründet ist.

1. Fall. P. B., Maschinenarbeiter, $29^1/_2$ Jahre. Anamnese: Der Vater lebt noch und ist gesund, die Mutter starb an einem „Nervenfieber". 2 Geschwister starben klein an Schwäche. B. hat als Kind Masern und Lungenentzündung gehabt, war sonst nie wesentlich krank. Das Turnen in der Schule hat kein Herzklopfen verursacht, machte Freude. Vom Militär kam er frei, weil er zu klein war. Seit 1896 ist er verheirathet und hat 2 gesunde Kinder, Alkoholmissbrauch wird geleugnet, ebenso Geschlechtskrankheiten. Er will bis zum Unfall sich wohl gefühlt haben. Keine Nervenkrankheiten in der Verwandtschaft.

Am 25. Januar 1901 gerieth B. mit dem rechten Zeige- und Mittelfinger in eine Maschine und büsste dabei die Endphalanx des Zeigefingers ein, während am Mittelfinger nur „das Fleisch" abgerissen wurde. Bei diesem Unfall ging es ihm „durch und durch". Er hat seitdem nicht wieder arbeiten können, da er sich sehr krank fühlte. Vom 18. Juni bis Mitte Oktober 1901 war er zur Behandlung eines vom Arzte festgestellten Lungenkatarrhs in Görbersdorf; Tuberkelbazillen sind damals laut ärztlichen Gutachtens nicht gefunden worden.

Beim Eintritt in unsere Klinik am 7. Januar 1902 klagte er über beständige Kopfschmerzen, heftige Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, verbunden mit allgemeinem Zittern, sehr starkes Herzklopfen, Kurzathmigkeit, grosse Unruhe, leichte Erregbarkeit und sehr schlechten unruhigen Schlaf.

Status praesens: B. ist ein kleiner, sehr blasser Pat. mit schlaffer Muskulatur und sehr geringem Fettpolster. Der Gesichtsausdruck ist leidend, es besteht eine sichtliche bedeutende psychische Depression; Störungen der Intelligenz sind nicht vorhanden.

Am Schädel, der auf Beklopfen überall sehr empfindlich ist, findet sich äusserlich nichts Abnormes. Die Austrittsstellen der Hautnerven aus den Augenhöhlen schmerzen auf Druck.

Am Hals konstatirt man eine erhebliche Schwellung der Schilddrüse, besonders ihrer seitlichen Lappen. Die aufgelegte Hand fühlt ein deutliches Schwirren, mit dem Hörrohr lassen sich sehr starke Gefässgeräusche nachweisen. Der höchste Umfang des Halses beträgt 39,5 cm.

Die Augen treten weit aus den Augenhöhlen heraus; Graefe's und Stellwag's Symptome sind nicht nachzuweisen, Möbius' Symptom ist angedeutet. Pupillenreaktion einwandsfrei, ebenso der Augenhintergrund.

[4]) Bushan, Kritik der modernen Theorieen über die Pathogenese d. Based. Krankheit. Wiener mediz. Wochenschrift. 44. und 45. Bd.

[5]) Winternitz, Morbus Based. und Hydrotherapie. Ref. Schmidts Jahrb. 1897. Bd. 255.

[6]) Harland, Notes on two cases of exophthalmic goitre appewring. Ref. Schmidts Jahrb. 1900.

[7]) Grohmann, Diss. inaug. Berlin 1874, Beiträge zur Aetiologie und Symptomatologie der Morb. Based.

[8]) Hirschl, über Geistesstörung bei Morbus Basedowii; Ref. Schmidts Jahrbücher Bd. 240.

Geruch, Geschmack und Gehör frei. Die Zunge zeigt beim Herausstrecken starkes Zittern, ist aber nach allen Richtungen in ihren Bewegungen frei. Die Innervation der mimischen Gesichts- und der Kaumuskeln ist frei von Störungen.

Am Thorax, der flach gebaut ist, findet man percussorisch nichts Abnormes. Bei der Auskultation ist vielleicht über der linken Spitze ein etwas abgeschwächtes Athemgeräusch hörbar; kein Auswurf.

Die Herz-Dämpfung ist nach links verbreitert, der Spitzenstoss liegt in der Mamillar-Linie und ist stark hebend. Der erste Ton an der Spitze ist dumpf gespalten, an den übrigen Tönen nichts Abnormes. Der Puls beträgt bei der Aufnahme-Untersuchung 124 Schläge in der Minute, ist regulär, geringe Arteriosklerose.

Organe des Unterleibes o. B. Urin 1025, sauer, klar, ohne Eiweiss und Zucker. Wirbelsäule normal.

Die Spitze des rechten Zeigefingers wird von der 2. Phalanx gebildet, am r. Mittelfinger sieht man einen Substanzverlust; beide Finger sind auf Druck sehr empfindlich. Die Extremitäten sind im Uebrigen aktiv und passiv in jeder Weise frei beweglich, zeigen aber eine erhebliche Verminderung ihrer rohen Kräfte, am Dynamometer drückt r. Hand 15, l. 25 kg.

Die Patellar-Reflexe sind gesteigert, die übrigen Reflexe normal.

Bei Druck auf die untersten Rippen, die Unterbauchgegend und die Schenkelbeugen entsteht ein hochgradiger allgemeiner nervöser Erregungszustand: B. wirft sich mit dem ganzen Körper hin und her, geräth in Zuckungen, bekommt eine sehr beschleunigte Respiration, verzieht das Gesicht und reagirt nicht mehr auf seine Umgebung.

Störungen der Sensibilität bis auf Hyperaesthesie des rechten Fingers sind nicht vorhanden. Gang langsam, mühselig, bei Fuss-Augenschluss geringes Schwanken.

B. bekam mehrere Male schwere Ohnmachtsanfälle: er fiel um, wurde sehr blass, hatte leichte Zuckungen der Extremitäten und war sehr schwer zur Reaktion auf die Umgebung zu bringen. Dauer ca. 5 Min.; nachher Mattigkeit, sehr beschleunigter Puls; es konnte einmal Puls 172 gezählt werden. Subjektiv klagte er ausserdem über starkes Herzklopfen. Strenge Bettruhe hatte Verschwinden der Anfälle zur Folge.

Als ein neues, bei der ersten Untersuchung nicht konstatirbares Symptom trat ein starkes Zittern der Hände ein, das besonders nach den Anfällen sein Maximum erreichte, aber auch in der Bettruhe bemerkbar war.

B. klagte andauernd über starke Kopfschmerzen, die nur sehr schwer durch geeignete Mittel zu bessern waren, sowie über bedeutende Schlaflosigkeit, die mehrere Male durch ärztliche Kontrolirungen festgestellt werden konnte.

Im objektiven Befunde trat eine Veränderung nicht ein. Von Seiten der Lungen liessen sich niemals sichere Zeichen einer Erkrankung finden. Auswurf und Nachtschweisse fehlten immer.

Die enorme nervöse Erregbarkeit bei Druck auf die oben genannten Stellen dauernd nachzuweisen.

Der Exophthalmus und die Struma blieben in ihrer Intensität bestehen.

Begutachtung.

B. bietet das Bild eines schweren Basedowkranken dar. Die Krankheit ist mit ihren charakteristischen Zeichen in vollem Grade ausgeprägt.

Es kann nach den bestimmten Angaben des behandelnden Arztes, Dr. B. in W., keinem Zweifel unterliegen, dass die Krankheit schon vor dem Unfall im Januar 1901 bestanden haben muss. Davon, dass der Unfall allein das Leiden veranlasst hat, kann daher nicht die Rede sein. An und für sich erscheint die Möglichkeit, dass die Basedowsche Krankheit sich an eine heftige Gemüthsbewegung anschliesse, durchaus nicht unwahrscheinlich, die Literatur berichtet darüber eine Reihe von Fällen. Bei B. ist jedoch, wie erwähnt, einwandsfrei festgestellt, dass er schon vor dem Unfalle ein deutliches Hervortreten der Augäpfel, Pulsbeschleunigung, Schilddrüsenvergrösserung und eine reizbare Stimmung gezeigt hat.

Der an und für sich gewiss geringe Unfall hat aber sicherlich dazu beigetragen, die Intensität der milde verlaufenen Krankheit erheblich zu steigern. Wenn man auch nicht von einer so bedeutenden plötzlichen Gemüthsbewegung des B. sprechen kann, wie sie in den einschlägigen Fällen beschrieben werden, so hat doch der Unfall schädlich auf das schon vorher sehr labile Nervensystem gewirkt und durch die Sorgen um die Folgen das Gemüthsleben nicht unerheblich alterirt. Es ist daher gerade die allmähliche Verstärkung der einzelnen Krankheitssymptome, wie sie sich bei B. findet, ein Zeichen dafür, dass die Psyche des Verletzten bedeutend durch den Unfall ergriffen worden sein muss.

Vielleicht trägt auch die meines Erachtens nicht ganz aufgeklärte Lungenerkrankung einen Theil der Schuld, indem auch sie den Verletzten mit Sorgen erfüllt hat und sein Gemüthsleben beeinträchtigte. Das Mittelglied zwischen dem Unfall und der Basedowschen Krankheit resp. erheblichen Verschlimmerung derselben durch ersteren erblicke ich jedoch in einem bei B. bisher noch nicht gewürdigten Momente, nämlich in einer ausgesprochenen Hysterie. Unser Befund und unsere Beobachtungen lassen keinen Zweifel daran aufkommen, dass in der That bei B. eine ganz erhebliche Hysterie sich nachweisen lässt, die sich auch durch objektive Zeichen, wie Reflexstörungen und hysterogene Zonen in unzweideutiger Weise kund giebt. Diese Hysterie ist meines Erachtens ohne Zweifel als direkte Unfallsfolge zu bezeichnen: denn sie kann sich bei dazu disponirten Personen auch oft an ganz geringfügige Verletzungen anschliessen und das Krankheitsbild völlig beherrschen, nachdem die direkten lokalen Folgen des Unfalls längst abgeheilt sind.

Diese Hysterie giebt meines Erachtens auch die Erklärung dafür ab, dass sich im vorliegenden Falle eine so starke Entwickelung der Basedowsymptome angeschlossen hat, indem sie den geeigneten Boden dazu darstellt. Ohne dass B. durch den Unfall hysterisch geworden wäre, würden zum Mindesten noch lange Jahre vergangen sein, bis der Basedow eine derartige Steigerung seiner Symptome erfahren hätte.

Ich stehe nicht an, die von uns beobachteten Ohnmachtsanfälle, die durchaus nicht in das reguläre Bild der Basedowkrankheit hineinpassen, durch die Hysterie zu erklären.

Man kann daher wohl mit Recht folgendermassen sich äussern: Sicher ist B. durch seinen Unfall schwer hysterisch geworden; wahrscheinlich ist auf dem Boden dieser Hysterie eine ganz erhebliche Steigerung der schon vor dem Unfall vorhanden gewesenen Basedowkrankheit aufgetreten und das jetzt vorliegende Krankheitsbild entstanden. Die durchgemachte Lungenerkrankung scheidet aus der Beurtheilung aus.

Nach unseren Beobachtungen ist es zweifellos, dass B., mag man nun den Unfall als Ursache anerkennen oder nicht, zur Zeit als völlig erwerbsunfähig bezeichnet werden muss. Er ist nicht im Stande, auch nur das Geringste zu verdienen.

Eine Simulation oder Uebertreibung liegt ganz gewiss nicht vor.

Diesem Fall möchte ich einen zweiten anreihen, den ich kürzlich zu sehen Gelegenheit hatte; derselbe ähnelt einerseits dem vorigen, da auch hier vor dem Unfall ein Basedow besteht, andererseits unterscheidet er sich, indem auf dieser Basis eine enorme Hysterie sich ausbildet, ohne dass der

auch hier geringe Basedow eine Steigerung seiner Symptome erfährt.

2. Fall: Es handelt sich um den 31 jährigen Maschinenarbeiter M., der laut ärztlicher Angabe seit dem 16. Jahre an Basedowkrankheit litt, die im Laufe der Jahre an Intensität mehr und mehr abnahm, so dass Patient seit seinem 26. Jahre von ihr befreit zu sein glaubt.

Am 25. April 1898 wurde M. beim Auflegen eines Treibriemens von der Welle erfasst und mehrere Male herumgeschleudert. Er erlitt damals Quetschungen der Muskulatur der Arme, der Brust und des Rückens, sowie einige Hautabschürfungen. Als er drei Monate später wieder zu arbeiten begann, musste er bald wegen Schwäche im Rücken und Kreuz, die ihm Bücken, Heben und festes Zugreifen unmöglich machte, die Arbeit wieder einstellen. Er erhielt auf Grund ärztlichen Gutachtens Vollrente. Im August 1899 wird von Herrn Medizinalrath Dr. S. ein Gutachten dahin abgegeben, dass unter dem Einfluss der Basedowkrankheit vielleicht das Nervensystem des M. für die Einwirkung anderweitiger Schädlichkeiten erhöht zugänglich gewesen sei. Zugleich wird eine traumatische Ischias konstatirt und in der Ueberzeugung, dass Patient kein Simulant sei, derselbe in seiner Erwerbsfähigkeit um 70 Prozent geschädigt erachtet.

Die Möglichkeit, dass durch Zusammentreffen von zwei so schweren Nervenleiden M. seine Erwerbsfähigkeit noch völlig verlieren könne, wird nicht für ausgeschlossen erachtet.

Eine am 9. März 1902 auf Ersuchen der Genossenschaft vorgenommene Untersuchung ergiebt Folgendes:

Anämischer, abgemagerter Mann von mässiger Intelligenz und gedrücktem Gesichtsausdruck; Schädel ohne Besonderheiten, Exophthalmus mittleren Grades, geringe Konvergenzstörung, kein Gräfe und Stellwag; Pupillen zeigen normale Reaktion; die übrigen Hirnnerven sind frei. Wirbelsäule im Dorsal- und Lumbaltheil auf Druck empfindlich, in ihren Bewegungen nicht besonders gehemmt; Hals etwas stark, Struma mässigen Grades ohne Pulsation, aber mit hörbaren, geringen Gefässgeräuschen. Lunge o. B.; Herzdämpfung bis in die l. Mammillarlinie reichend, Töne rein; Spitzenstoss hebend; Puls 120, äqual, regulär. Arterie rigid. Bauchorgane einwandsfrei. Gang etwas matt und hinkend; das rechte Bein wird geschont. Letzteres bietet keine Abmagerung dar, zeigt reichlich entwickelte Varicen, die am linken fehlen. Die Bewegungen im rechten Hüftgelenk sind bis auf starke Flexion nicht schmerzhaft; Stehen auf dem Bein ist nur unter grossem Schwanken möglich. Bei Druck auf die verschiedensten Punkte der rechten Glutäalgegend klagt M. über heftigsten Schmerz. Die rohe Kraft des rechten Beines ist im Verhältniss zum linken sehr vermindert. Die Patellar-Reflexe sind gesteigert, die Konjunktival-Reflexe stark herabgesetzt. Bei Druck auf untere Rippen, Unterbauchgegend und Schenkelbeuge löst man einen stark exaltirten Zustand aus.

Wir haben also auch hier das typische Bild einer ausgeprägten Hysterie vor uns; dass zwar ein so schwerer Unfall, wie der des M., auch ohne die Anwesenheit der Basedow'schen Krankheit eine so bedeutende Störung des Nervensystems zur Folge haben kann, darf man wohl nicht für ausgeschlossen halten; doch ist andererseits auch nicht zu leugnen, dass die Erfolglosigkeit jeder Therapie mit auf Rechnung des Morbus Bas. zu setzen ist, letzterer also vom Begutachter bei Festsetzung der Rentenhöhe unbedingt berücksichtigt werden muss, obwohl der Pat. selbst seit fünf Jahren von ihm geheilt zu sein glaubt.

Tod durch Zerreissung der mittleren Hirnhautarterie ohne Schädelverletzung.

Nach einem gerichtsärztlichen Gutachten*)

von

Dr. **Peter Defranceschi**-Rudolfswert.

Der vollkommen gesunde, kräftige Bauer M. J. erhielt laut Aussage seiner Begleiter am 11. Oktober v. J. mehrere Schläge mit einem harten, stumpfen Werkzeuge auf den Kopf. Tags darauf wurde er bewusstlos und starb, ohne das Bewusstsein erhalten zu haben, am 14. Oktober. Die Gerichtsärzte untersuchten ihn am 12. Oktober und nahmen folgenden Befund auf:

„1. Am rechten Stirnbeinhöcker eine 2 cm lange, und 4 cm tiefe, sagittal verlaufende Rissquetschwunde. 2. an der linken Kopfseite, im Bereiche des Hinterhauptbeines, eine 6 cm lange, quer verlaufende, die Haut und den Hinterhauptmuskel durchdringende Wunde mit gequetschten Rändern. Der die Basis der Wunde bildende Knochen unverletzt. Der Beschädigte soporös, aphatisch, erbricht wiederholt und athmet röchelnd. T. 36,8, P. 60. Linke Pupille mydriatisch, reaktionslos, die rechte normal weit, prompt reagirend. Die rechte untere Extremität gelähmt, die obere paretisch. Beide Nasenlippenfurchen gleich tief, beide Mundwinkel in gleicher Höhe: sonst am Körper keine Verletzungen.

Die Gerichtsärzte gaben hiernach ihr Gutachten dahin ab:

„Die Rissquetschwunde am Hinterhaupte ist als leichte Verletzung zu beurtheilen, beigebracht mit einem stumpfen Werkzeuge und eine 14—16 tägige Gesundheitsstörung, sowie eine 8 tägige Berufsunfähigkeit zur Folge habend. Die Wunde am rechten Stirnhöcker ist auch eine leichte Verletzung, zugefügt mit ebensolchem Werkzeuge wie die eben beurtheilte und wird eine 6—7 tägige Gesundheitsstörung ohne Berufsunfähigkeit nach sich ziehen.[1])

Der soporöse Zustand, der Brechreiz, Aphasie, Puls- und Athemverlangsamung, die paralytischen und paretischen Erscheinungen, endlich die Ungleichheit der Pupillen sind als Symptome eines Gehirndruckes aufzufassen. Dieser Zustand ist Folge einer Verletzung, die als an sich schwer zu erklären ist. Herbeigeführt wurde dieser Zustand durch eine intrakranielle Blutung aus einem Blutgefässe, welches in Folge des wuchtigen Schlages mit dem oben erwähnten Werkzeuge auf das Schädeldach zerriss. Die Beschädigung ist mit einem solchen Werkzeuge und auf solche Art beigebracht worden, womit gemeiniglich Lebensgefahr verbunden ist. Falls die im Befunde hervorgehobenen Lähmungen der oberen und unteren Extremität, sowie der Verlust der Sprache, bleibender Natur sein werden, so müsste diese Verletzung als eine solche beurtheilt werden, welche eine bleibende[2]) Verstümmlung und bleibende Schwächung der Sprache nach sich ziehen wird. Bei dem Umstande jedoch, dass sich eine sichere Prognose

*) Die österreichische Strafprozessordnung weicht von der Deutschen in wesentlichen Punkten ab. Hieraus erklärt sich Manches in der Prozessdarstellung, was deutschen Aerzten nicht ohne Weiteres verständlich sein dürfte.

[1]) Wenn wir die Gesundheitsstörung als gleichbedeutend mit „Krankheit", mit einer Störung des Allgemeinbefindens, wie sie sich durch Fieber, Unwohlsein, Schmerz und dergl. kund giebt, auffassen (Vide Hoffmann, Lehrbuch der ger. Med.), so kann die Gesundheitsstörung nicht länger andauern als die Berufsunfähigkeit, oder klarer gesagt: der kranke Mensch ist nicht im Stande, seinem Berufe mit vollen Kräften nachzugehen, kann daher nicht früher seinen Beruf ausüben, bis er vollkommen gesund ist! Dass ein Mensch, dessen Gesundheit durch 6—7 Tage gestört war, berufsfähig wäre, kann nach obiger Definition der Gesundheitsstörung nicht angenommen werden. Der Verf.

[2]) Das österr. Strafgesetz spricht von einer „auffallenden" Verstümmelung. Der Verf.

dieser Funktionsstörungen in der soeben angedeuteten Richtung nicht stellen lässt, erscheint, falls der Beschädigte nicht in einigen Tagen stirbt, eine nochmalige Untersuchung nach Verlauf von 4—5 Wochen nothwendig."

Der Zustand des Beschädigten verschlechterte sich immer mehr; gegen Mitternacht von Sonnabend auf Sonntag stellte sich beständige Bewusstlosigkeit ein. Der Tod erfolgte Sonntag, 13. Oktober $^1/_2$6 Uhr früh. Die am 14. Oktober, Montag 3 Uhr nachmittags, vorgenommene Leicheneröffnung ergab Folgendes:

I. Aeussere Besichtigung.

1. Die Leiche eines 45jährigen Mannes, ist 165 cm lang, von regelmässigem Wuchse, starkem Knochenbau und guter Ernährung.

2. An der ganzen Oberfläche, speziell an den rückwärtigen Partieen des Halses, am Rücken und an den unteren Extremitäten ausgedehnte, röthlich-braun bis grünlich schwarz verfärbte, zusammenfliessende Todtenflecke.

3. An der linken Kopfseite, im Bereiche des linken Hinterhauptbeines eine 6 cm lange, quer verlaufende, die weichen Schädeldecken grösstentheils durchdringende Wunde mit gequetschten, infiltrirten Rändern und ebensolchen Winkeln.

4. Am rechten Stirnhöcker eine 2 cm lange, die weichen Schädeldecken nicht vollkommen durchtrennende Wunde von ebensolcher Beschaffenheit wie die soeben beschriebene.

5. Das Gesicht hochgradig aufgedunsen, grünlich-schwarz verfärbt, aus den beiden Nasenlöchern reichliche Mengen blutig-seröser, schaumiger Flüssigkeit. Sonst am Körper nach wiederholter Besichtigung keine Verletzung.

II. Innere Besichtigung.

6. Kopf. Nach der Entfernung der weichen Schädeldecken sieht man, dass der linke Schläfenmuskel in seiner ganzen Ausdehnung mit dunkelrothem, theilweise geronnenem Blute durchtränkt ist. Die harte Schädeldecke ist fest, an einigen Stellen durchscheinend und zeigt keine Spuren eines Sprunges.

Zwischen der harten Stirnhaut und der Schädelwand, entsprechend der eben erwähnten, blutigen Infiltration im Schläfenmuskel, befindet sich ein Klumpen von geronnenem, dunkelblauem (?) Blute (3—4 Esslöffel), wodurch die harte Hirnhaut in einem Kreise, dessen Durchmesser 8 cm beträgt und dessen Mittelpunkt 2 cm hinter die Roland'sche Furche fällt, von der Hirnschale abgelöst erscheint.

Auch im Bereiche des Kleinhirnes findet man eine Ablösung der Hirnhaut, jedoch kein geronnenes Blut. Das Gehirn ist an der Stelle, wo der Bluterguss an der Schläfengegend sich befindet, abgeplattet. Die harte Hirnhaut ist überall unverletzt, deren Gefässe mit flüssigem Blute erfüllt. Die zarten Hirnhäute glatt, glänzend, dünn, unverletzt. Das Gehirn mässig blutarm, im Uebrigen normal; das Kleinhirn ebenfalls blutarm.

7. Aus dem Befunde ist endlich hervorzuheben, dass am Brustfell und am Herzbeutel sowie in der Schleimhaut der Luftröhre mehrere punktförmige Blutungen*) vorgefunden wurden.

Das nunmehr von den Gerichtsärzten erstattete Gutachten lautete wie folgt:

Die Todesursache war Gehirnlähmung, herbeigeführt durch einen Blutaustritt zwischen den Schädelknochen und die harte Hirnhaut. Der Blutaustritt war die Folge der Zerreissung eines intracraniellen Blutgefässes, welche Zerreissung durch den wuchtigen Schlag auf das Schädeldach verursacht wird.

Von den im Befunde beschriebenen zwei Wunden dürfte die am Hinterhaupte befindliche im kausalen Zusammenhange mit der inneren Blutung gestanden haben, da die am rechten Stirnhöcker vorgefundene Verletzung ihrer Geringfügigkeit wegen, sowie ob der bedeutenden Entfernung, von dem intrakraniellen Blutextravasate, endlich mit Rücksicht auf die zu Lebzeiten beobachtete Reihenfolge der Lähmungen diesfalls absolut nicht in Betracht kommt.

Die bei innerer Besichtigung hervorgehobene Blutdurchtränkung des linken Schläfemuskels könnte entweder als eine selbständige, durch den Schlag mit einem stumpfen Werkzeuge beigebrachte Verletzung, oder aber als eine Folge der Blutsenkung von der am Hinterhaupte befindlichen Wunde her gedeutet werden. Falls die erstere Auffassung die richtige sein sollte, wäre auch die Möglichkeit, dass die intrakranielle Blutung durch diese letztere Verletzung verursacht wurde, in Erwägung zu ziehen. Bei dem Umstande jedoch, dass sowohl bei der zu Lebzeiten als auch gelegentlich der Leichenöffnung vorgenommenen Untersuchung äusserlich keine Verletzungen der Haut oberhalb des erwähnten Muskels vorgefunden wurden, dürfte diese Eventualität kaum zutreffen.

Sämmtliche Wunden wurden, wie bereits öfters erwähnt, mit einem stumpfen Instrumente beigebracht."

Aus dem vorstehenden Gutachten konnte die Staatsanwaltschaft nicht entnehmen, welche Verletzung eigentlich den Tod herbeigeführt habe? Im ersten Gutachten beurtheilten die Sachverständigen die sichtbaren Verletzungen am rechten Stirnhöcker und an der linken Hinterhauptshälfte als leicht, während die Bedeutung der bereits eingetretenen halbseitigen Lähmung nicht genug klar auseinandergesetzt wurde. Diese Unbestimmtheit wurde auch im Obduktionsgutachten gefunden, weswegen die Gerichtsärzte am Sitze des Gerichtshofes eingeladen wurden, unter Vorhalt der Befunde und Zeugenaussagen eine gutachtliche Aeusserung abzugeben:

1. ob sich bestimmt behaupten und nachweisen lasse, dass die tödtliche Verletzung in Folge des ersten Schlages hinter das linke Ohr oder auch möglicherweise in Folge eines späteren Schlages entstanden sei;

2. ob mit Rücksicht auf den vorliegenden Befund auch mehrere Schläge auf die linke Hinterhaupthälfte gefallen sein konnten; endlich

3. ob die Zerreissung des Blutgefässes nicht auch durch einen Schlag erfolgen konnte, der äusserlich überhaupt keine Spuren einer Verletzung hinterliess.

Die Zeugenaussagen lauten sehr verschieden, doch lassen sie sich ungezwungen in den Hauptpunkten in zwei Gruppen scheiden. Die Gruppe der Beschuldigten, sowie deren Umgebung behauptet, der Verstorbene sei in grösserer Gesellschaft zur Dreschtenne des P. V.[1]) — woselbst eine Buschenschänke anlässlich einer Firmung improvisirt war — gekommen. Er ergriff eine dort stehende Bank und warf sie zwischen die Weinflaschen, wodurch mehrere derselben zerbrochen wurden. Als die Frau des P. V. gegen dieses Vorgehen protestirte, wurde sie vom Angreifer (J. M.) an der Brust gepackt. In diesem Momente jedoch trat der Sohn der Frau (J. V.) dazu und schob den Mann beiseite. Die Begleiter des beiseite Geschobenen wollten nun über den Sohn (J. V.) herfallen, welcher Anschlag jedoch durch den Vater, P. V., vereitelt wurde, indem er seinen Sohn wegführte. Vor der Tenne sollen nun

*) Der Beschädigte ist, nach mehreren Schlägen auf den Kopf, niedergesunken und war momentan bewusstlos. Die Angreifer stürzten sich dann auf ihn, knieten auf den Brustkorb und wälzten ihn hin und her.

Bei diesen rohen Manipulationen dürften die beschriebenen Blutaustritte entstanden sein. Der Beschädigte ist nicht gewürgt worden! (D. Verf.)

[1]) Vater des Beschuldigten.

mehrere Menschen, unter welchen sich auch der Getödtete befunden haben soll, lebhaft fortgestritten haben. Der des Todtschlages Beschuldigte (J. V.) soll vom Vater (P. V.) in ein nahe gelegenes Haus geführt worden sein, wohin kurz darauf J. C. nachgekommen sei, welcher erklärte, dass Jemand genug erhalten habe und dass er (J C.) selbst 3—4 mal zugeschlagen habe.

Die andere Gruppe behauptet, die Gesellschaft, bestehend aus dem Verstorbenen M. J., zwei Männern und mehreren Weibern sei singend zur Tenne gekommen, um ein Glas Wein zu trinken. Als sie dortselbst von Seite des Vaters (P. V.) und seines Sohnes (J. V.) unfreundlich aufgenommen wurden, soll sich M. J. in scherzhaftem Tone geäussert haben: „Wir sind nicht gekommen, um zu streiten, sondern um ein Glas wein zu trinken." Der Sohn des Wirthes (J. V.) riss nun aus einem Fleischblocke ein Bein heraus, wobei er unversehens auch einige Flaschen umstürzte. Darauf schlug er, während sein Vater und noch ein anderer Mann den M. J. festhielten, einige Male auf dem Kopf des M. J. hinter das linke Ohr. Der Geschlagene stürzte nun zu Boden, worauf er noch von seinen Gegnern mit den Füssen herumgestossen wurde. Gleich darauf kam J. C. und schlug auf den am Boden Liegenden. Der nun Beschädigte hat sich langsam erhoben und ging mit seinen Begleitern nach Hause.

Bevor wir der Beantwortung der an uns gestellten Fragen nähertreten, müssen wir Folgendes vorausschicken:

Die weichen Schädeldecken sind bekanntlich sehr blutreich, zahlreiche Gefässe durchziehen sowohl die Haut, Unterhautzellgewebe, Muskulatur und Beinhaut. Daraus ist leicht erklärlich, warum die kleinste Verletzung am Kopfe so gerne blutet. Wenn nach einem Schlage mit einem stumpfen Werkzeuge die Haut nicht berstet, entsteht gewöhnlich eine Beule als Folge des Blutaustritts aus den zerrissenen Gefässen in den tiefer gelegenen Schichten. In den Letzteren findet man also nach einem kräftigeren Schlage immer Blutunterlaufungen. Manchmal entstehen auch nach minder heftigen Schlägen Knochensprünge, welche meistentheils Zerreissungen der mittleren Hirnhautarterie oder deren Aeste zur Folge haben. Das Letztere kann aber auch geschehen, wenn kein Knochensprung vorhanden ist. Die Gewalteinwirkung, welche diese Arterie zum Zerreissen bringt, ist gewöhnlich eine beträchtliche, sie kann aber auch so gering sein, dass nicht einmal eine äussere Hautwunde zu Stande kommt, in welchem Falle jedoch immer Blutunterlaufungen in den unteren Schichten der weichen Schädeldecke zu finden sind. Der Hauptstamm der genannten Arterie reisst selten, weit häufiger die beiden Aeste. Das Symptombild einer solchen Blutung ist folgendes;

Durch den Schlag wird der Kranke zunächst betäubt, sodass man ihn für bewusstlos hält, bald jedoch erholt er sich und kann darauf weiter gehen, ja sogar tagelang geistige und körperliche Arbeiten verrichten. Das hängt ab von der Grösse des zerrissenen Gefässes und demnach von der Intensität der Blutung, denn je schneller sich die Blutmenge zwischen der harten Hirnhaut und dem Knochen vergrössert, desto schneller tritt, herbeigeführt durch den Gehirndruck, Bewusstlosigkeit ein. Je nachdem der vordere oder hintere Ast der Arterie verletzt ist, treten nun verschiedene Lähmungen ein, jedoch stets an der entgegengesetzten Körperhälfte. Falls sich der Bluterguss auch gegen die Gehirnbasis ausdehnt, wird die Pupille derselben Seite weit und unbeweglich und es tritt, wenn die Blutung links ist, Aphasie (Verlust der Sprache) ein. Endlich ist der Hirndruck so gross, dass auch die Lebenszentren gelähmt werden.

Vergleichen wir nun die eben angeführten, durch die Wissenschaft erwiesenen Thatsachen mit den im Befunde beschriebenen Verletzungen und deren Folgen, so müssen wir erklären:

1. Der Getödtete erhielt am Kopfe 3 Verletzungen: am rechten Stirnhöcker, an der linken Hälfte des Hinterhauptes und an der linken Schläfe. Ein weiterer Schlag von Bedeutung konnte auf den Kopf nicht geführt worden sein, man hätte sonst in den weichen Schädeldecken eine Blutunterlaufung finden müssen.

2. Die Verletzungen an der Schläfe und am Hinterhaupte konnten mit einem Schlage nicht zugefügt worden sein! Obzwar der Ort der Verletzung am Hinterhaupte nicht genau in dem Befunde fixirt erscheint, so müssen wir dennoch die vorstehende Erklärung abgeben, indem wir den Umstand berücksichtigen, dass der Schädel oval ist, weswegen ein Schlag mit einem geraden Werkzeuge nicht die zwei Punkte am Schläfen- und am Hinterhauptbein auf einmal treffen kann.

3. Die Verletzung an der Schläfe, obzwar an der äusseren Haut nicht sichtbar, war tödtlich, indem in Folge des wuchtigen Schlages auf diese Stelle der hintere Ast der mittleren Hirnhautarterie zerriss. Das Blut sickerte langsam, jedoch beständig, aus dem zerrissenen Gefässe und es traten auf die im Befunde beschriebenen Lähmungen. Der Schlag auf die linke Schläfenseite hatte demnach zur Folge eine an sich schwere, im Momente lebensgefährlich gewordene Verletzung, die, mangels einer sofortigen, kunstgerechten Hilfe, den Tod verursachte.

Nach diesen Ausführungen beantworten wir die an uns gestellten Fragen wie folgt:

ad. 1. Nachdem aus den Zeugenaussagen nicht bestimmt und einheitlich zu entnehmen ist, ob J. gleich nach dem ersten Schlage zu Boden stürzte, so lässt sich weder bestimmt behaupten, noch nachweisen, dass die tödtliche Verletzung in Folge des ersten Schlages zugefügt wurde. Mit Bestimmtheit können wir jedoch behaupten, dass die drei Schläge, die nach übereinstimmender Zeugenaussage J. V. nacheinander geführt hatte, die tödtliche Verletzung herbeiführten.

ad. 2. Auf die linke Hinterhaupthälfte fiel nur ein Schlag, ein anderer auf die linke Schläfe.

ad. 3. Die Zerreissung des Blutgefässes ist durch einen Schlag auf die linke Schläfe erfolgt, obgleich äusserlich keine Spur einer Verletzung gefunden wurde.

Der Angeklagte wurde trotz hartnäckigen Leugnens des Todschlages schuldig erkannt und zu vier Jahren schweren Kerkers verurtheilt.

Ein Fall von Vergiftung durch sogenannte Essigessenz.

Von
Dr. Marcinowski-Woltersdorf.

Der Reichstag hat vor Kurzem durch eine Resolution die Regierung ersucht, dass der gewerbsmässige Handel mit Essigsäure, sogenannter Essigessenz, in einer bestimmten Konzentration als Genussmittel unter die Vorschriften über den Handel mit Giften gestellt werden möge.

Das Interesse, welches sich in diesem Augenblick den in vielen Häuslichkeiten zur Herstellung zum Genuss geeigneter Verdünnungen gebräuchlicher Essigessenzen zuwendet, veranlasst mich, einen Fall von Vergiftung zu erzählen, der in seinen Einzelheiten das Charakteristische der Gefahr klarlegt, welche aus der Verwendung so hochkonzentrirter Stoffe in der Küche erwächst.

Es handelte sich um einen blühenden dreijährigen Knaben, welcher am Nachmittage einen Augenblick in der Küche allein gelassen geworden war. Diese Gelegenheit hatte er benutzt, war mit Hilfe eines Stuhles auf den Anrichtetisch geklettert und hatte dort einen kräftigen Zug aus einer daselbst stehen-

den Flasche mit Essigessenz gethan, in der er irgend einen leckeren Inhalt vermuthet haben wird. Auf sein Geschrei eilte man herzu und übersah sofort die Lage, welche den Angehörigen keinen kleinen Schreck einflösste. Das Dienstmädchen gab an, dass nach dem Inhalt der Flasche zu urtheilen, höchstens ein Löffel voll fehlen könne. Als ich nach einer halben Stunde bei dem Kinde eintraf, war mehrmals Erbrechen erfolgt und nach anfänglicher grosser Unruhe und Schmerzen in der Magengegend hatte sich ein tiefer Kollaps entwickelt, welcher indess rasch wechselnd, bald zu vollem Bewusstsein, bald zu einem höchst beängstigenden Schlafzustand führte, der erst gegen Abend in feuchtwarmer Einwickelung des ganzen Körpers allmählich in ruhigen normalen Schlaf überging. Sowie es anging, hatte ch dem Kinde lauwarme Milch einflössen lassen, was auch in reichlichem Masse gelang. Von einer Spülung des Magens musste selbsredend Abstand genommen werden, da der ganze Mund vollkommen schneeweiss verätzt war und auf einen analogen Zustand der Speisereste und des Magens schliessen liess.

Während der Nacht erholte sich das Kind sichtlich und ausser geringen Magenschmerzen in den nächsten Tagen ist nichts Besorgnisserregendes vorgefallen oder nachgeblieben, Das Interessanteste an dem Fall war das Verhalten des Urins, welches wohl noch nicht beobachtet worden ist, wenigstens habe ich eine ähnliche Angabe noch nirgends gefunden. Etwa eine Stunde nach der Vergiftung entleerte der Knabe unter heftigem Urindrang 25 ccm einer klaren hellroten Flüssigkeit, welche nach genauerer, sofort vorgenommener chemischer und mikroskopischer Prüfung eine grosse Quantität gelöstes Hämoglobin enthielt. Alle späteren Urinproben waren dann frei von diesen oder anderen abnormen Bestandtheilen, auch Eiweiss hat sich nicht gezeigt. Die Essigsäure muss demnach im Körper nach ihrer Resorption eine Dissolution im Blut hervorgebracht haben, welche genau den Vorgängen im Reagenzglase entsprechen würde, wo auch das sogenannte lackfarbene Blut resultirt. Dies so veränderte, zerstörte Blut ist in den Nieren sofort ausgestossen worden, und es ist nur als ein grosses Glück zu betrachten, dass dieser Effekt der Vergiftung keine grösseren Dimensionen angenommen hat, welcher leicht die Blutfunktionen in Frage stellen konnte. Bemerkenswerth ist weiterhin die Thatsache, dass der ganze Vorgang auf den Ablauf einer leichten, fieberhaften Bronchitis keinerlei Eindruck zu machen schien.

Jedenfalls mahnt der ganze Vorfall zu energischer Prophylaxe durch die Mittel der Gesetzgebung.

Massregeln gegen Einschleppung der Volksseuchen auf der Eisenbahn.

Vortrag gehalten in dem Eisenbahnarztverein Münster im Juni 1901.

Von

Dr. **Prölss**-Schessel.

(Schluss.)

Auf eine gute Verfassung unserer sanitären und verwaltungspolizeilichen Einrichtungen bauend, verlegen wir also die Bekämpfung der Seucheneinschleppung ins Inland. Wir nehmen dabei an, dass wir es immer mit den Anfängen der Seuchen, mit Einzelfällen zu thun haben; dass dies der Fall ist, dafür gewähren die gegenseitig bindenden Konventionen mit anderen Ländern Garantie, welche die Vertragsländer gegenseitig zur Anzeige jedes Seuchefalles, jeder Seuchebewegung verpflichtet. Voraussetzung zu der guten Befolgung dieser Konventionsbedingungen, also zu der Basis unseres Abwehrsystems ist wiederum, dass das betreffende Ausland durch unser konventionsgemässes, loyales Verfahren gegenüber seinen Reisenden und seinen Waaren nicht zu einem Misstrauen, zu einem Umgehen der Konventionsbestimmungen getrieben werde. Demgemäss schreibt denn das deutsche Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 und seine Ausführungsbestimmungen vom 6. Oktober 1900 ausdrücklich vor, dass eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltsortes oder Arbeitsstätte zum Zwecke der Seuchenbekämpfung nur bei Personen zulässig ist, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen (§ 12 des Reichsseuchengesetzes), und dass weitergehende Beschränkungen des Gepäck- und Güterverkehrs sowie des Verkehrs mit Postsendungen unzulässig sind. (No. 3 zu § 15 in den Ausführungsbestimmungen).

Jede Polizeibehörde, jeder Verwaltungsbeamte, jeder beamtete Arzt muss sich also in diesen Rahmen stellen, muss seine einzelnen Anordnungen diesem System logisch einzureihen wissen. Das gilt selbstverständlich auch von dem Eisenbahnbetriebsbeamten, von dem Eisenbahnarzt. Der Entscheidung des Letzteren ist nämlich in mehreren Fällen anheim gegeben, den Verbleib von Verdächtigen oder Erkrankten zu bestimmen. Die dies bestimmenden offiziellen Anweisungen vom 8. August 1893 (Grundsätze für die Einrichtung des Eisenbahnverkehrs in Cholerazeiten), welche sich den oben ausgeführten modernen Ideen der Seuchenbekämpfung anpassen und welche jedem Bahnarzt bekannt sein müssten, sehen Folgendes vor:

Man sieht ganz ab von der Untersuchung aller Reisenden, selbst an den Zollrevisionsstationen der Grenze, wohl aber sind an diesen Punkten des Haupteinwanderungsverkehres stets Aerzte anwesend, um 1. Erkrankte und Krankheitsverdächtige sofort sachgemäss zu verpflegen und 2., um über Nothwendigkeit der Desinfektion einzuführender getragener Kleidungsstücke oder Wäsche zu befinden.

Im Innern des Landes sind zur Aufnahme erkrankter Reisender „Krankenübergabestationen" errichtet, dort ist für Folgendes gesorgt: Auf isolirtem Gleis wird der Wagen mit dem Erkrankten vom Verkehr abgesondert, der Kranke mittelst dieses Gleises und Wagens in einen isolirten Absteigeraum gebracht. Dieser Raum ist mit Kloset, Bett, Vorrichtungen zur Untersuchung versehen. Von dort kann der Kranke leicht ohne Verkehrstörungen in ein geeignetes nahes Krankenhaus überführt werden. Für sofortige ärztliche Hilfe, für bakteriologische Untersuchungskräfte auf der Uebergabestation ist Sorge getragen, desgleichen für sofortige sachverständige Desinfektion von Gleis, Wagen und Uebergaberaum.

Erkrankt also auf der Reise ein Passagier, so wird er allein in dem benutzten Wagen gelassen, verwandte Mitreisende dürfen bei ihm bleiben, die anderen Mitreisenden werden abgesondert von den übrigen Passagieren in getrennten Wagen weiterbefördert. Diese erhalten geeignete Weisungen zur Kontrole und Desinfektion durch einen Arzt auf der nächsten Station, wo einer erreichbar ist. Dem Erkrankten sind folgende Möglichkeiten freistehend: Entweder, und das ist das Beste, er kann auf der Uebergabestation abgesetzt und in Verpflegung genommen werden, wenn er das wünscht oder sein Zustand die Weiterbeförderung unthunlich macht, die Uebergabestation wird telegraphisch vorher benachrichtigt. Oder der Kranke wird noch weiter nach seinem Reiseziel befördert; verlangt er das, so ist auf der nächsten Station, wo ein Bahnarzt zu erlangen ist (telegraphische Bestellung) dessen Entscheidung einzuholen. Oder der Kranke kann noch vor der Uebergabestation den Zug verlassen. Verlangt er das, so ist er nicht daran zu hindern, es ist aber für sofortige ärztliche Hilfe zu sorgen, und wenn der Kranke den Bahnhof

verlässt, ehe diese eintrifft, so ist sein Wohnort und Absteigequartier zu ermitteln und sofort der nächsten Ortspolizeibehörde mitzutheilen.

Die bei dem Erkrankten bleibenden Angehörigen werden ebenso kontrolirt hinsichtlich ihres Verbleibens.

Hinsichtlich der Güter- und Gepäckstücke gilt Folgendes: Eine Beschränkung des Eisenbahngepäck- und Güterverkehres findet nicht statt, ausgenommen durch bezügliches Einfuhrverbot bezeichnete Waaren: z. B. Hadern, Lumpen, alte getragene Kleidungsstücke, gebrauchte Leibwäsche etc. (Ausführungsbestimmungen des Reichsseuchengesetzes von 6. Oktober 1900. 3. zu § 15.)

Eine Desinfektion des Passagiergepäckes findet nur auf den Zollrevisionsstationen nach Anhören des dort stationirten Arztes statt.

Eine Desinfektion von Express-, Eil- oder Frachtgut nur, wenn die Ortsgesundheitsbehörde dasselbe als „mit Choleraausleerungen beschmutzt" erachtet.

Briefe, Drucksachen, Zeitungen, Geschäftspapiere unterliegen keiner Desinfektion.

Daraus geht für den Eisenbahnarzt etwa Folgendes hervor. Um den Güterverkehr hat er sich überhaupt nicht zu kümmern, um den Gepäckverkehr nur, sofern er an einer Zollrevisionsstation dazu stationirt ist. Dort wird er entscheiden müssen, ob im Einzelfalle eine Desinfektion nöthig sei. Dabei wird ihn der Grundsatz leiten müssen, nur weniges wirklich Verdächtiges auszuwählen und das gründlich zu desinfiziren, nicht aber durch ein Zuviel den Verkehr zu behindern und die Gründlichkeit der Desinfektion zu gefährden.

Vom Personenverkehr gilt, dass nur bei Erkrankten oder der Krankheit Verdächtigen Anordnungen durch den Eisenbahnarzt zu treffen sind.

Das zum Beispiel 1891 in der Umgebung des choleraverseuchten Hamburg geübte Verfahren, alle Reisende aus Hamburg ärztliche Revisionen passiren zu lassen oder deren Aussteigen an Eisenbahnstationen zu verhindern, ist durchaus unzulässig.

Es ist sogar Kranken gestattet, vor Erreichung der eingerichteten Uebergabestationen den Zug auf beliebiger Haltestelle zu verlassen; falls der Bahnarzt ihm dort ärztlich helfen muss, wird er zu bedenken haben, dass die Ueberführung in ein grösseres Hospital die beste Gewähr ist gegen Verschleppung und dass ferner die bestmöglichste eingeleitete Krankenfürsorge die Weiterverbreitung am besten verhindert.

Besser ist es ja in jedem Falle, wenn der Kranke den Zug auf der Uebergabestation verlässt, und davon den Kranken zu überzeugen, dass für seine Wiederherstellung dort ebenso wie gegen Weiterverbreitung am besten gesorgt sei, müsste sich der Bahnarzt zum Ziele machen. Andererseits muss derselbe wissen, dass rigoroses Verfahren und Eingreifen in das Selbstbestimmungsrecht des Kranken nicht am Platze ist, weil es zum Geheimhalten der Krankheit und damit zu weit grösserer Einschleppungsgefahr führt. Die gleichen Erwägungen gelten bei verlangter Weiterbeförderung über die Uebergabestation hinaus. Wenn das Reiseziel eine grössere Stadt ist, mit gutem Krankenhaus etc., so ist weniger dagegen einzuwenden als wenn es ein Gemeindewesen ist, in dem die nöthige Krankenpflege oder Isolirung erst improvisirt werden muss.

Da es hierbei aber allein von der ärztlichen Entscheidung abhängt, ob der Reisende über die Uebergabestation hinaus reisen darf, so ist der Bahnarzt in diesem Fall nur an seine Erwägungen gebunden, ob die Weiterbeförderung thunlich sei, während er den Willen des Kranken hierbei nicht nothwendig respektiren muss.

Um die Schutzmassregeln der Eisenbahn gegen Einschleppung von Volksseuchen vollständig zu besprechen, ist noch der besonderen, für moderne Anschauung höchst charakteristischen Vorkehrungen zu gedenken, welcher wir uns zur Ueberwachung des Auswanderungsverkehrs vom Ausland via Deutschland nach Amerika bedienen.

Diesen Verkehr nicht über andere Länder, sondern durch Deutschland zu leiten, haben die riesigen Weltrhedereien Norddeutscher Lloyd-Bremen und Hamburg-Amerikanische Paketfahrt-Aktien-Gesellschaft (Hapag) und mit ihnen der deutsche Seehandel, ein lebenswichtiges Interesse.

Die Auswandererkarawanen, aus Nationen kommend, deren Körperpflege viel zu wünschen übrig lässt und fast durchgängig der unteren Gesellschaftsklasse angehörig, stellen in ihrer Unreinlichkeit und im Krankheitsfall eintretenden Hilflosigkeit eine sehr grosse Seuche-Einschleppungsgefahr dar. Das nahe und gedrängte Zusammenleben der einzelnen Züge unter sich wird auch der Verbreitung auftretender Seuchen in einem Zuge wesentlichsten Vorschub leisten. Andererseits liegt in dem geschlossenen, sich nicht über Land verstreuenden Auftreten dieser Form des Reiseverkehrs ein Moment, welches die Isolirung und Ueberwachung der Auswandererkarawanen sehr erleichtert.

Demzufolge sind folgende Einrichtungen getroffen: An vier Punkten der deutschen Ostgrenze, Bajohren, Eydtkuhnen, Prostken, Otlotschen und ferner im Zentrum des Reiches, in Ruhleben bei Spandau, sind Beobachtungsstationen zum Theil auf Kosten der obengenannten Rhedereien eingerichtet. Schon aus den Namen geht hervor, dass man kleine Oertchen wählte, um Verkehrszentren nicht zu gefährden. Es ist vorgesehen, dass eine Beobachtung zunächst an der Grenze stattfindet, eine zweite kann sich, wenn nöthig, in Ruhleben anschliessen; in Ruhleben werden auch die von Oesterreich kommenden und dort schon beobachteten Auswanderer abgefertigt.

Drei Gebäude sind in jeder Anstalt vorhanden. Zuerst eines ähnlich den modernen Desinfektionsanstalten gebautes, mit einer unreinen Seite nach dem Ausland zu und einer reinen Seite nach dem Reiche zu. Der ankommende Zug hält vor der unreinen Seite und ein anderer Zug, welcher weiterbefördert, hält später auf der reinen Seite. Geeignete Mauern und Personal machen es unmöglich, aus dem ankommenden Zug in den abfahrenden zu gelangen, ohne das Desinfektionsgebäude zu passiren. In diesem wird jeder Reisende (die Geschlechter getrennt) ärztlich untersucht, gebadet und das vollständige Gepäck nebst Kleidung desinfizirt. Jede Seite hat ihre getrennten Aborte und es bleibt dem oft widerstrebenden Wanderer nichts übrig, als entweder sich von seinem Schmutze oder von seiner Reisegesellschaft zu trennen und zurückzubleiben.

Ein zweites Gebäude ist vorhanden, um Kranke zu verpflegen, es muss natürlich vollständig von dem Betrieb der anderen isolirbar sein und geräumig genug auch für grössere Zahlen.

Ein drittes Gebäude dient zur Beobachtung der Ansteckungsverdächtigen, z. B. der Begleitung Erkrankter; dieses muss genügend gross und mit Garten etc. versehen sein, um einen der Inkubationszeit entsprechend langen und dabei gesunden Aufenthalt für viele Personen gewährleisten zu können.

Nöthig ist in der Beobachtungsanstalt ferner ein Laboratorium, in dem bakteriologische, feststehende Diagnosen auf das Vorhandensein spezifischer Erkrankungen gemacht werden können. Dazu wird es des Weiteren geeigneten Personals bedürfen: 1 Arzt, der diese Untersuchungen versteht, ein zweiter, der, im Falle Infektionskrankheiten vorkommen, die Kranken

behandelt, Wachtpersonal, Pflegpersonal, geschulte Desinfektoren und Wirthschaftsführende müssen vorhanden sein.

Ausser dem Bestehen dieser Angestellten bedarf es dann natürlich im Inlande einer gewissen Kontrole des Zuges, in welchem man die Auswanderer zusammen halten wird, sie um grössere Verkehrszentren herumzuleiten. — Durch geeignete Abortvorrichtungen auf den Bahnhöfen ist den Verseuchungen von Flussläufen vorzubeugen.

Nicht unerwähnt bleibe, dass die Hafenorte Hamburg und Bremen sich wieder gesichert haben, dass nicht bei der Ueberführung von Eisenbahn zum Hafen und bei der Einschiffung Krankheitsverschleppungen vorkommen. So hat Hamburg auf der Elbinsel Veddel ein „Auswandererobdach", in dem 1000 Menschen auf einmal beherbergt werden können.

Die Auswanderer werden, ohne die Stadt zu berühren, in dasselbe geleitet, machen eine Desinfektion des Gepäckes und der Kleidung sowie ein Bad durch und werden dabei ärztlich untersucht; Erkrankte kommen in das allgemeine Krankenhaus, die Anderen logiren nun in verschiedenen Pavillons, welche eine Trennung der krankheitsverdächtigen Gruppen, der Konfessionen und Nationalitäten ermöglichen, bis ihr Schiff abgeht; 2 Kirchen, eine Synagoge, 2 Speisesäle für Juden und Christen stehen zur Verfügung, die Abwässer der Anstalt werden durch ein Rührwerk mit Chlorkalk desinfizirt; auf das Schiff werden die Auswanderer wieder mit Umgehung der Stadt geleitet. Dabei werden sie vor der Ausbeutung gewissenloser Agenten geschützt, auch im Auslande ihnen widerfahrene Schädigungen bringt man von hier aus in Ordnung. Wer zahlen kann, bezahlt 1 Mk. pro Tag, die Unkosten trägt die Hapag-Linie und der Hamburger Staat.

Die ganze Anstalt, wenn auch schon zwischen dem Rahmen des Eisenbahn-Reiseverkehrs und dem Bereich der Schifffahrt stehend, ist jedenfalls eine Musteranstalt ihrer Art, geeignet, zu zeigen, auf was es ankommt beim Bekämpfen der Seucheeinschleppung auf unseren Verkehrswegen. —

Gesundheitsstatistik deutscher Städte.

Von
Dr. med. **W. Hanauer**-Frankfurt a. M.

Das Lehrgebiet der öffentlichen Gesundheitspflege findet seine Begrenzung darin, dass es bestimmt präzisirte Forderungen hinsichtlich der hygienischen Beschaffenheit der staatlichen und kommunalen Einrichtungen aufstellt. Wie weit die Forderungen in der Praxis realisirt sind, darüber berichten diese hygienischen Lehrbücher naturgemäss sehr wenig. Um darüber unterrichtet zu werden, muss man andere Quellen in Anspruch zu nehmen. Da kommen zunächst die Verwaltungsberichte der grösseren Städte in Betracht, des Weiteren die hygienisch-topographischen Städtebeschreibungen, die alljährlich gelegentlich der Naturforscherversammlungen und der Versammlungen des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege erscheinen. Ein so reiches Material sie enthalten, sind jedoch alle diese Quellen schwer zugänglich und verwendbar; die städtischen Verwaltungsberichte sind über die betreffende Stadt hinaus kaum erreichbar, die Topographieen fixiren zwar den Stand des Gesundheitswesens einer Stadt zu einer bestimmten Zeit, lassen aber keine Vergleiche zwischen den einzelnen Städten zu, weil die Zeit ihres Erscheinens jedesmal eine verschiedene ist. Es giebt nur ein Werk, welches diese Lücke einigermassen ausfüllt, über viele hier in Betracht kommende Fragen eine Antwort ertheilt und namentlich Vergleiche zwischen den einzelnen Städten zu ziehen gestattet. Es ist dies das Statistische Jahrbuch deutscher Städte,[1]) welches kürzlich zum neunten Mal wieder erschienen ist. Es berücksichtigt nicht ausschliesslich die sanitären Verhältnisse, sondern sucht die gesammten kommunalen Zustände der Städte statistisch zu erfassen, wobei naturgemäss die Finanzverwaltung einen sehr breiten Raum einnimmt. Die einzelnen Abschnitte sind von den Leitern der statistischen Aemter der einzelnen Städte bearbeitet.

Dass auch die hygienische Seite der Städteverwaltung nicht zu kurz gekommen ist, wird sich ergeben, wenn wir einen kleinen Streifzug in dieses Gebiet unternehmen.

Die Statistik umfasst alle deutschen Städte über 50 000 Einwohner, das sind im Ganzen 55. Die Bevölkerung dieser Städte ist seit Gründung des deutschen Reiches von 4,5 Millionen auf 10,7 Millionen gewachsen, hat sich also inzwischen mehr als verdoppelt.

Was die Bevölkerungsbewegung in diesen Städten anlangt, so schwankt die Verehelichungsziffer unter den einzelnen Städten in erheblichem Umfange. Sie war im Jahre 1899 auf das Tausend der Bevölkerung berechnet am höchsten in Mannheim, nämlich 12,45; dann in München 12,13, Nürnberg 12,12, in Essen 12,65, in Frankfurt a. M. 11,31, am niedrigsten in Potsdam mit 6,42 pro Mille, Münster 7,62 und Frankfurt a. Oder 8,08. Bei diesen Differenzen ist der ungleichmässige Altersaufbau der Bevölkerung in den einzelnen Städten zu berücksichtigen, bei den die niedrigste Frequenz aufweisenden Städten kommt der Einfluss der Garnison in Betracht. — Auch die Geburtsziffer schwankt in weiten Grenzen — zwischen 21,34 pro Mille in Potsdam und 45,95 in Duisburg. Die rheinisch-westfälischen Industriestädte stehen an der Spitze. Nach Duisburg kommt Essen mit 45,59, Dortmund mit 45,53, Bochum mit 45,04, über 40 pro Mille betrug die Geburtenziffer ausserdem noch in Nürnberg, Mannheim, Chemnitz, Düsseldorf, Köln, M.-Gladbach. Durch niedrige Geburtsziffern zeichnen sich aus ausser Potsdam Metz mit 25,94, Wiesbaden 25,78, welchen sich Darmstadt mit 27,21, Erfurt mit 27,88 und Berlin mit 27,93 pro Mille anschliessen.

Ueberaus gross sind die starken Gegensätze zwischen einzelnen Teilen Deutschlands hinsichtlich der Unehlichkeitsquote! Während in den meisten Städten Rheinlands und Westfalens sich der Antheil der Unehlichen zwischen 3—5 Prozent der Geborenen hielt, machten sie in den bayrischen Städten, ferner in Dresden, Leipzig, Metz, Strassburg, Freiburg i. B. ungefähr ein Fünftel aller Geborenen aus. Am höchsten stand München mit 27 Prozent. Vergleicht man die Zahl der Todtgeborenen mit den Geborenen überhaupt, so ergeben sich die niedrigsten Sätze 19,44 pro Mille für M.-Gladbach, 19,87 für Würzburg, die höchsten 50,8 für Mühlhausen i. Els. und 48,81 für Mainz. Der Knabenüberschuss unter den Geborenen stieg bis zu 6,36 Prozent der Geborenen in Kassel, dagegen überwog das weibliche Geschlecht in Erfurt und Elberfeld.

Die Sterblichkeitsziffer war 1899 am höchsten in Bochum mit 27,93 pro Mille der Bevölkerung, es folgen Breslau mit 26,57, Stettin mit 26,47, Chemnitz mit 25,89, Halle, Nürnberg, Königsberg, Posen, Duisburg, sämmtlich mit über 25 pro Mille; die niedrigste Ziffer hatten Charlottenburg 16,01, Wiesbaden 16,68, Kassel 17,17, Frankfurt a. M. 17,28, Barmen 17,51, Bremen 17,82, Erfurt 17,99. Die relative Höhe der allgemeinen Sterblichkeit war wesentlich durch das Mass der Kindersterblichkeit beeinflusst; in allen Städten mit hoher Sterblichkeitsziffer war auch die Zahl der gestorbenen Kinder gross, in Bochum betrug sie mehr als die Hälfte aller Fälle,

[1]) Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. Herausgegeben von Dr. M. Neefe, Direktor des statistischen Amtes der Stadt Breslau. Breslau 1901. Verlag von Wilh. Gottl. Korn.

in Chemnitz fast die Hälfte; umgekehrt entsprechen einer kleinen allgemeinen Sterblichkeitsziffer in der Regel auch niedrige Sätze der Kindersterblichkeit; jedoch erscheint, wie Böckh hervorhebt, in einzelnen Städten, namentlich wo der Antheil der im kräftigsten Mannesalter stehenden Personen ein sehr bedeutender ist, trotz hoher Säuglingssterblichkeit eine niedrige oder nur mässige allgemeine Sterblichkeitsziffer.

Werden die vor Vollendung des ersten Lebensjahres Gestorbenen mit den Geborenen verglichen, so starben in Bochum, Chemnitz und Stettin mehr als ein Drittel der Geborenen, in Frankfurt a. O., Zwickau, Liegnitz, Plauen, Augsburg ungefähr drei Zehntel, während die Kindersterblichkeit in Darmstadt, Wiesbaden, Barmen und Charlottenburg am niedrigsten ist und ungefähr ein Sechstel der Geborenen beträgt.

Von grossem Interesse wäre es nun, die Sterblichkeitsziffer in den verschiedenen Städten in Parallele zu setzen mit der gesundheitlichen Beschaffenheit derselben. Am naheliegendsten ist es, die Art der Städtereinigung hier ins Auge zu fassen. Das Jahrbuch berichtet, wie Abfuhr und Kanalisation in 50 Städten beschaffen ist. Kanalisirt sind von diesen gerade die Hälfte. Bei den anderen findet die Abfuhr theils aus Senkgruben, theils mittelst Tonnen statt. Abfuhr aus Senkgruben, deren Inhalt meist auf pneumatischem Wege herausgepumpt wird, finden wir noch bei 20 Städten, das Tonnensystem bei 5 Städten. Durch Kanäle findet die Beseitigung der Fäkalien mit Einleitung direkt in die Flussläufe statt bei 16 Städten (bei 6 derselben besteht daneben noch Abfuhr), mit Einleitung auf Rieselfelder bei 9 Städten. Vergleicht man die Sterblichkeitsziffer der verschiedenen Städte mit der Beschaffenheit ihrer Reinigung, so ergiebt sich die beachtenswerte Thatsache, dass von den 14 Städten, welche die höchste Sterblichkeitsziffer aufweisen, nämlich eine solche über 24 pro Mille, 10 einer Kanalisation entbehren, bei einer, Stettin, findet die Beseitigung der Fäkalien neben der Kanalisation noch durch Abfuhr statt und nur bei drei derselben besteht eine vollständige Kanalisation. Es mag davon abgesehen werden, hieraus weitergehende Schlüsse zu ziehen; das dürfte um so schwieriger sein, weil eine Anzahl Städte, nämlich Karlsruhe, Kiel, Krefeld, Barmen, Erfurt, eine sehr niedrige Sterblichkeitsziffer aufweisen, obwohl sie nicht kanalisirt sind. Die Kosten des Betriebes und der Unterhaltung der Kanalisation schwanken in den verschiedenen Städten zwischen weiten Grenzen. So wird dafür in Liegnitz 4 M. pro Kopf der Bevölkerung jährlich ausgegeben, in Potsdam 2,07 M., in Frankfurt a. M. 1,21 M., dagegen in Görlitz nur 7 Pfennige, in Aachen gar 3 Pfennige. Auch die Kosten der Strassenreinigung und Besprengung differiren sehr erheblich. Am meisten für Strassenreinigung wendet die Stadt Köln auf, nämlich 2,24 M. pro Kopf der Bevölkerung, es folgen Hamburg mit 2,07 M. und Mainz mit 2,06 M., die geringsten Kosten für Strassenreinigung erwachsen der Stadt München, nämlich 0,37 M. pro Kopf, in Breslau 0,58 M. Mehr wie einmal täglich werden die Hauptstrassen gereinigt in Hamburg (2 mal täglich), in Duisburg (1—2 mal) und Dresden (1—3 mal), in den übrigen Städten findet die Reinigung einmal täglich oder noch seltener statt. — Hinsichtlich der Intensität der Strassensprengung steht Frankfurt a. M. an der Spitze aller Städte. Es wird dort in den Sommermonaten täglich 2—5 mal gesprengt, während sich die meisten Städte mit einer durchschnittlich zweimaligen Besprengung begnügen (Berlin, München und Hamburg 2 mal). Die Menge des verbrauchten Wassers pro Kopf der Bevölkerung beträgt demnach auch in Frankfurt a. M. am meisten, nämlich 2246 l, in Berlin 687 l, München 250 l, am wenigsten in Danzig, 132 l. Die Kosten der Besprengung schwanken pro Kopf der Bevölkerung von 33 Pf. (Dresden) bis 3 Pf. (Frankfurt a. O. und Krefeld).

Was die Wasserversorgung anlangt, so entfällt pro Kopf der Kevölkerung des Versorgungsgebietes und Tag das höchste Quantum in Freiburg i. Br., nämlich 288,2 l, es folgen Lübeck mit 253 l, Dortmund 251 l, Augsburg 235 l und Würzburg 218 l, dagegen entfallen in Berlin nur 76 l auf den Kopf, in Plauen 31 l und am wenigsten in Spandau, nämlich 29 l.

Von grossem Interesse ist es auch zu betrachten, wie weit die Wasserversorgungsanlage durch die Abgabe in Anspruch genommen ist. Das ist in Karlsruhe mit 27 % der Fall, in Wiesbaden mit 27,33 %, in Berlin dagegen mit 96,95 %, in Frankfurt a. M. mit 98,55 %. In letzterer Stadt ist, um der drohenden Wassersnoth vorzubeugen und die Wasservergeudung, die angeblich 25 % der Abgabe betragen soll, hinanzuhalten, zur Zeit die Einführung von Wassermessern vorgesehen.

Betrachten wir nunmehr noch die Thätigkeit der Städte auf dem Gebiete der sozialen Hygiene. Was die Bauthätigkeit in den Jahren 1898 und 1899 resp. 1898/99 und 1899/1900 anlangt, so bemerkt man, dass fast überall der grösste Theil der neugebauten Wohnungen auf die kleinen Wohnungen, d. h. die 1—3 zimmerigen entfällt. Nur in Dortmund, Duisburg, Magdeburg und Stettin wurden mehr Wohnungen von 4 Zimmern und mehr errichtet, als kleine Wohnungen. Wie weit mit Herstellung der letzteren dem Wohnungsbedürfniss der Arbeiter in den einzelnen Städten genügt ist, lässt sich aus den Tabellen nicht entnehmen, da nur absolute Ziffern angegeben sind. Letztere lassen ersehen, dass die Bauthätigkeit an kleinen Wohnungen am grössten war in Dresden — 2844 kleine Wohnungen in 1898, 3137 in 1899 — ferner in Leipzig: 2879 in 1898 und 2532 in 1899, und München: 2746 kleine Wohnungen in 1898.

Ueber tausend kleine Wohnungen wurden noch errichtet in Bremen, Charlottenburg, Danzig, Hamburg, Köln und Königsberg. Am geringsten war die Produktion an kleinen Wohnungen dagegen in Frankfurt a. O. (67 Wohnungen) in Duisburg 68 und in Dortmund 159. Die Zweizimmerwohnung, die Normalwohnung des Arbeiters, ist unter den neuerbauten Kleinwohnungen numerisch fast überall am stärksten vertreten. Nur in Königsberg und Danzig überwiegen die Einzimmerwohnungen numerisch ganz bedeutend über die übrigen, während in München und Stuttgart mehr Dreizimmerwohnungen gebaut wurden als Zweizimmerwohnungen. Ein Theil dieser kleinen Wohnungen wird überall von gemeinnützigen Gesellschaften errichtet. Eine besondere Zusammenstellung über dieselben ergiebt, dass dieselbe nirgends einen bedeutenden und besonders ins Gewicht fallenden Umfang hatte. Die grösste Intensität entwickelte die gemeinnützige Bauthätigkeit in Altona, sie errichtete 143 Wohnungen, es folgte Dortmund mit 106 Wohnungen, in den anderen Städten betrug die Zahl weniger wie 100. An diese Wohnungen wird gemeiniglich die Anforderung gestellt, sie sollen hygienische Musterwohnungen sein. Das scheint jedoch nicht überall der Fall zu sein, so bezüglich der Zahl der heizbaren Zimmer. In Danzig waren z. B. bei 74 errichteten Wohnungen 74 heizbare Zimmer und 59 nicht heizbare, in Halle bei 22 Wohnungen 32 heizbare Zimmer und 22 nicht heizbare. Auch küchenlose Wohnungen wurden vielfach gebaut, so wurde in Aachen bei 30 Wohnungen nur eine mit Küche gebaut, in Köln unter 43 Wohnungen nur 9 mit Küchen.

Von besonderem Interesse ist im Jahrbuch der Abschnitt über die chemischen Untersuchungsämter, der im Jahrbuch zum ersten Mal erscheint. Oeffentliche amtliche Untersuchungsanstalten im Sinne des § 17 des Nahrungsmittelgesetzes bestehen in 27 Städten. Sie zeigen ein recht bunt-

scheckiges Aeussere und lassen bestimmte Grundsätze für die Verleihung dieses Charakters nicht erkennen. Staatliche Anstalten mit vom Staate angestellten Beamten befinden sich in Bremen, Hamburg, München, Würzburg und Karlsruhe. Die städtischen Anstalten zerfallen in zwei Kategorien. Bei der einen sind die Angestellten städtische Beamte, bei der anderen Kategorie haben die Städte Verträge mit Privatchemikern abgeschlossen, wonach dieselben verpflichtet sind, die erforderlichen Untersuchungen in ihren eigenen Privatlaboratorien auszuführen. Sie sind an den städtischerseits festgesetzten Tarif gebunden und ihre Anstalt steht unter Kontrole der Stadt. In Mainz wird das Untersuchungsamt von der Provinzialverwaltung, in Kiel von der Landwirthschaftskammer, in Strassburg vom Staate, der Stadt und einem Privatchemiker zusammen unterhalten. Die Zahl der Beanstandungen beträgt für die Gesammtheit der Städte mit Ausnahme von Mainz 15,1 % der Proben. Verhältnissmässig am häufigsten Beanstandungen erfolgten in Dresden (38,8 %) und Stuttgart (33,4 %) und zwar in beiden Städten in der Hauptsache bei Milchuntersuchungen, den niedrigsten Prozentsatz fanden wir in Breslau (5,1 %) und Krefeld (6,4 %).

Zu dem Kapitel über **Armenpflege** und **Wohlthätigkeit** findet sich die Organisation des **armenärztlichen** Dienstes in den vorhandenen Städten beschrieben, ebenso Angaben über die Zahl der Armenärzte und ihre Honorarverhältnisse. Interessenten werden wegen der Details auf das Jahrbuch selbst verwiesen.

Referate.

Chirurgie.

Ueber luetische Gelenkentzündungen.

Von Dr. Borchard.
Dirig. Arzt der chir. Abth. des Diakonissenhauses in Posen.
(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, B. 61, Heft 1 und 2).

Die luetischen Gelenkerkrankungen sind in zwei grosse Gruppen einzutheilen. Primär werden die Gelenke sowohl im akuten Stadium der Erkrankung beim Ausbruch des Exanthems, als auch in der tertiären Periode sowie bei angeborener Lues ergriffen. Sekundär erfolgt die Erkrankung nur bei den beiden letzten Formen durch Uebergreifen vom Periost oder dem Knohen aus.

Die erste Form, welche in einem akuten Erguss in das Gelenk mit Schwellung der Gelenkkapsel besteht, ist auf eine Generalisirung der Syphilis im Körper zurückzuführen; sie entspricht dem auch bei anderen Infektionskrankheiten auftretenden Gelenkhydrops. — Für die zweite Art der primären Erkrankung ist die in der Gelenkkapsel, im parasynovialen Gewebe oder im Gelenkknorpel gelegene Gummabildung charakteristisch. Im weiteren Verlauf kommt es zur Bildung von Zotten und Polypen, welche wahrscheinlich zur Bildung freier Gelenkkörper führen können. Ein mehr oder minder starker Erguss pflegt selten zu fehlen und kann besonders im Anfange der Erkrankung die übrigen Erscheinungen verdecken. Niemals entwickelt sich ein solcher chronischer Hydrops aus einem akuten Erguss; tritt vielmehr erst dann ein, wenn es zur Bildung miliarer Gummata und zur Proliferation von Zotten gekommen ist; er gehört also der tertiären Periode oder der angeborenen Lues an. Verfasser führt ein Beispiel dieser Form mit Obduktionsbefund an.

Die sekundäre Form entsteht entweder dadurch, dass eine syphilitische Osteomyelitis oder ein Gumma in das Gelenk durchbricht, oder dass eine luetische Knochenhautentzündung zur Erkrankung der Gelenkkapsel führt, oder dass von einem syphilitischen Prozess in der Gegend der Epiphysenlinie aus das Gelenk in Mitleidenschaft gezogen wird. Diese Prozesse beginnen gewöhnlich mit den bekannten nachts exacerbirenden Schmerzen und befallen in der Regel die Fingerglieder.

Die Therapie, welche bei allen Formen in antiluetischer Behandlung unter Zuhilfenahme der übrigen Behandlungsweisen von Gelenkleiden zu bestehen hat, führt nicht immer zum erwünschten Ziele, besonders in den Fällen, wo schon grössere organische Veränderungen eingetreten sind.

Niehues-Berlin.

Weitere Erfahrungen über seidene Sehnen.

Von Dr. Fritz Lange,
Privatdozent an der Universität München.
(Münchener Med. Woch. 1902, No. 1.)

Verfasser hat seine Sehnentransplantations-Verfahren dahin weiter ausgebaut, dass er die so oft nothwendige Verlängerung der Sehne des kraftspendenden Muskels durch Seidenfädenbündel bewerkstelligte, die mit einem Ende in der Sehne verflochten wurden, mit dem anderen an einer der erwünschten Zugrichtung entsprechenden Perioststelle befestigt wurden.

In den 56 Fällen seiner Beobachtung erzielte er nicht nur primäre Einheilung der Seidensehnen, sondern auch durchweg befriedigende funktionelle Resultate. Letzterer Umstand ist vor Allem der Möglichkeit zu danken, dass ohne Gefahr der Nekrose der Sehne eine so erhebliche Spannung des kraftspendenden Muskels ausgeführt werden konnte, wie niemals, wenn die Sehne selbst zur Verlängerung benutzt und dazu gespalten oder erheblich gedehnt wurde.

Die anatomische Erklärung des guten funktionellen Resultates erhielt Verfasser an einem bei einer Nachoperation mit seiner Hülle entfernten Seidensehnenstück. Die Seidensehne war umwachsen von sehnenartigem Gewebe in Dicke von 2 bis 3 mm. In Folge Unvorsichtigkeit beim Tragen von Schnürschuhen, ungenügender Polsterung, schnitt in zwei Fällen die von abgespaltenen Theilen des Gastrocnemius aus nach vorn zum Fussrücken verlaufende Seidensehne, welche, die Dorsalflexion besorgend, die Haut stark spannte, durch. Der Arbeit sind 6 erläuternde Zeichnungen beigefügt. Seelhorst.

Ein weiterer Fall von äusserem Schenkelbruch.

Von Dr. F. Bähr-Hannover.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 62, Heft 1 u. 2.)

Der Austritt von Baucheingeweide durch die Lacuna musculorum war in einem vom Verf. beobachteten Falle dadurch zu Stande gekommen, dass ein Arbeiter, welcher auf einem rollenden, plötzlich zum Stehen kommenden Wagen stand, um sich vor dem Umfallen zu schützen, eine heftige Bewegung machte, wobei das rechte Bein die Wucht des Stosses aufzuhalten hatte. Trotz starker Schmerzen konnte der Mann zu Haus gehen. Am folgenden Tage wurde eine Schwellung in der Leistengegend festgestellt, welche jedoch bald zurückging. Nach $2^1/_2$ Monaten trat die Schwellung bei Ausführung schwerer Arbeit erneut auf.

Der Kranke stellt den Fuss auswärts rotirt auf; Innenrotation ist schmerzhaft. Zwischen Crista ilei anterior superior und Austrittsstelle der Schenkelgefässe fühlt man eine harte, elastische, wenig druckempfindliche Anschwellung, welche unter der Leistenbeuge 3 Finger breit hervorragt; sie verschwindet beim Beugen des Oberschenkels unter feinem Gurren, um bei Streckung wieder hervorzutreten. Beim Gehen entsteht ein nach unten ausstrahlender Schmerz, so dass der Kranke im Knie leicht einknickt.

Gelegentlich einer gutachtlichen Beurtheilung des Falles äusserte B. sich dahin, dass durch den Unfall im Befinden des Kranken eine Verschlimmerung, wahrscheinlich durch Eintritt

einer grösseren Masse von Baucheingeweide in den Bruchsack hervorgerufen, eingetreten sei, weshalb eine Rente von 15 Prozent in Vorschlag gebracht wurde. Niehues-Berlin.

Ueber Spiralfrakturen des Oberschenkels.

Von Assistenzart Dr. W. Dietzer.

(Aus dem Bürgerhospital zu Köln Dir. Geheimrath Bardenheuer.)

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie; Band 61, Heft 1 und 2.

D. hat 150 Brüche der Oberschenkeldiaphyse, welche in den letzten $3^1/_2$ Jahren im Bürgerhospital zu Köln zur Behandlung kamen, zusammengestellt und erörtert an der Hand der von ihm angefertigten Röntgenbilder die Frage, in wie weit unsere Kenntnisse von den Spiralfrakturen mit den thatsächlichen Befunden übereinstimmen und in welchen Punkten sie der Abänderung bedürfen.

Die Spiralbrüche des Oberschenkelschaftes sind nicht so selten, als man anzunehmen geneigt ist. Unter 150 Brüchen fanden sich 68 Prozent Querbrüche, 16 Prozent Schrägbrüche, 6 Prozent Schrägbrüche mit steil verlaufender spiraliger Bruchlinie und 10 Prozent Spiralbrüche. Lässt man das erste Lebensjahrzehnt ausser Betracht, welches ausserordentlich zahlreiche Querbrüche liefert, so steigt die Zahl der Spiralbrüche auf 20 Prozent.

Die Spirallinie des Bruches, welche stets der einwirkenden Gewalt entgegengesetzt verläuft, ist beim rechten Oberschenkel links, beim linken rechts gewunden; Ausnahmen kommen vor. In allen Fällen verband eine der Längsachse des Knochens parallel verlaufende Linie die Spirallinien unter einander; zuweilen fanden sich zwei derartige Linien, welche ein rautenförmiges ausgesprengtes Knochenstück zwischen sich liessen.

Die Bruchlinie lag in 54 Prozent der Fälle in der Mitte des Oberschenkels, während sie in je 23 Prozent an der Grenze des mittleren und oberen, bezw. unteren Drittels verlief. Ersterer Sitz fand sich meist im höheren Alter.

Bezüglich der Entstehungsursache ist zu berichten, dass fast alle in den ersten 10 Lebensjahren beobachteten Querfrakturen, die in der grössten Mehrzahl in der Mitte des Oberschenkels ihren Sitz hatten, durch indirekte Gewalt entstanden. Dagegen mehrte sich die Zahl der durch direkte Gewalteinwirkung verursachten Querbrüche in den übrigen Lebensjahren und zwar so, dass die zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre beobachteten Querbrüche sämmtlich direkte Frakturen waren.

Die Schräg- und Spiralbrüche waren mit je einer Ausnahme indirekte Frakturen und durch Fall auf die Beine, welche bei den Spiralbrüchen zugleich eine Drehung erhielten, entstanden

Wie kommt es nun, dass die torquirende Kraft erst am Oberschenkel ihre Wirkung äussert, obschon sie sich doch am ganzen Oberschenkel gleichmässig geltend macht? Beim Fall auf die Füsse sind diese als Punktum fixum anzusehen; die Torsionskraft wirkt also zunächst auf das Fussgelenk, welches ihr jedoch in Folge seines Baues und der kräftigen Entwickelung seiner Bänder wirksamen Widerstand entgegensetzt. Die Kraft greift jetzt am Unterschenkel, an der Tibia an und führt an der Stelle ihrer geringsten Torsionsfähigkeit, in der Mitte der unteren Hälfte des Knochens häufig zum Bruch; die Torsionsbrüche des Unterschenkels sind viel zahlreicher als die des Femur. Demnächst theilt sich die drehende Gewalt dem Kniegelenk, dem Oberschenkel und dem Hüftgelenk mit. Da nun der Oberschenkel schon bei Einwirkung einer Torsionskraft von 40 bis 140 kg bricht, während die Bänder der Gelenke erst bei 275 bis 600 kg einreissen, so ist die Häufigkeit der Brüche des Femurschaftes verständlich.

Die Behandlung der Brüche geschah durch longitudinale Extension, welcher im Bedarfsfalle Quer- und Rotationsextension hinzugefügt wurde. Sie nahm bis zur Konsolidation durchschnittlich 45 Tage in Anspruch. Das Resultat ist bei einer Durchschnittsverkürzung von 2 cm ein geradezu ideales zu nennen. Niehues-Berlin.

Die Luxation der Kniescheibe durch Verschiebung nach oben.

Von G. Maillefert, Arzt in Culm a. W.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 60, Heft 1 u. 2.)

Der von M. beobachtete Kranke fiel vor 15 Jahren auf der Strasse mit stark gebeugtem linken Knie gegen eine steinerne Bordschwelle. Das Knie war stark geschwollen, und Beugungsversuche ausserordentlich schmerzhaft; ein Arzt wurde nicht zugezogen. Patient verliess nach 4 Wochen das Bett und hat seit dieser Zeit Beschwerden nicht mehr gehabt.

Der jetzige Befund ist folgender. An Stelle der Kniescheibe befindet sich eine Rinne, welche von den beiden Kondylen des Oberschenkelknochens gebildet wird. Sie ist oben von einer rundlichen Vorwölbung, der Kniescheibe, überragt, welche nach allen Seiten, nach unten fast bis in ihre normale Lage, verschieblich ist. Wird dieselbe durch Streckung des Knies stark nach oben gezogen, so spannt sich ein 2,5 cm breiter, derber zur Tuberositas tibiae verlaufender Strang an. Das Knie kann mit grosser Kraft gestreckt werden; Atrophie der Oberschenkel-Muskulatur besteht nur in geringem Grade.

Bei der Entstehung der Verletzung hat es sich um einen Einriss im Ligamentum patellae gehandelt, ohne den das Zustandekommen der Luxation nach oben nicht denkbar ist. Der Riss kann aber kein vollständiger gewesen sein, sonst hätte der Kranke nicht unmittelbar nach der Verletzung gehen können; auch wäre eine so gute Heilung ohne eigentliche Behandlung nicht erfolgt. Niehues-Berlin.

Eine seltene Verletzung des Fussgelenks.

Von Dr. Mertens.

(Aus der chirurg. Univ.-Klinik zu Leipzig, Dir. Geheimrath Trendelenburg.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 61, Heft 5 bis 6.)

Es handelte sich um eine isolirte Subluxation des unteren Gelenkendes der Tibia nach der medialen Seite, verbunden mit einer Schrägfraktur der Fibula in der Mitte des Schaftes. Ihre Entstehungsursache konnte nicht genau festgestellt werden. Die Verletzung machte zunächst den Eindruck einer doppelten Malleolenfraktur; erst das Röntgenbild brachte Aufklärung. Die Behandlung, Gipsverbände u. s. w., führte zu einem befriedigenden Resultate. Niehues-Berlin.

Neurologie.

Ein Fall von intermeningealer Hämorrhagie.

Von Dr. Béla Székacs.

(Ungarische medicinische Presse 1901, No. 10.)

Der kräftig gebaute Patient wurde in vollständig bewusstlosem Zustande von der freiwilligen Rettungsgesellschaft in das Krankenhaus eingeliefert, ohne dass die Transporteure irgend welche Auskunft zu geben imstande waren. Der Zustand des Patienten sprach am ehesten für eine durch Trauma verursachte Gehirnerschütterung oder intrakranielle Blutung. Am folgenden Tage erst erfuhr Verf., dass Patient, der von Beruf Pferdehändler war und sich bisher vollständiger Gesundheit erfreute, gestern plötzlich zusammenbrach. Die weitere Beobachtung schien die Diagnose einer intermeningealen Blutung vollkommen zu sichern. Ohne das Bewusstsein vollständig wieder erlangt zu haben, starb der Patient am 4. Tage nach der Einlieferung. Der Sektionsbefund bestätigte vollkommen die klinische Diagnose. Die Gehirnsubstanz war intakt, blos die Gyri waren infolge des erhöhten intrakraniellen Druckes abgeflacht. Als Ursache des erhöhten Druckes war eine Blu-

tung anzusehen, welche durch Ruptur eines Aneurysmas der A. corporis callosi entstanden war. Lb.

Ueber das Westphal-Piltzsche Pupillenphänomen.

Von Dr. Fritz Schanz-Dresden.
(Berl. Klinische Wochenschrift 1901, No. 42.)

Das von A. Westphal beschriebene Phänomen (Verengerung der Pupille beim Versuch, den Musculus orbicularis oculi energisch zuzukneifen) wurde von ihm zumeist in Fällen von reflektorischer Starre bei weiten oder mittelweiten Pupillen, nur einmal bei einer Hysterica mit gut reagirenden Pupillen gefunden und als Mitbewegung aufgefasst, bei welcher der Musc. sphincter iridis und der Pupillarast des Oculomotorius in Betracht käme. Fast zu gleicher Zeit beschrieb Piltz das gleiche Phänomen bei etwas anderer Versuchsanordnung als besonders häufig bei Paralytikern vorkommend und fasste es als Mitbewegung bei willkürlichem Lidschluss auf. Galassi, der das Symptom schon 1887 kannte, hatte ein extradurales Oculomotoriusstück verdickt, viele seiner Nervenfasern atrophisch gefunden und daraus geschlossen, dass das Symptom bei peripherer Oculomotoriusparalyse vorkommen und zur Unterscheidung dieser von einer zentralen dienen könne.

Schanz kommt nach seinen Beobachtungen zu der Ansicht, das Phänomen komme mechanisch durch Stauung in der Iris in Folge heftigen Zukneifens des Auges bei nicht ganz normalen, am Besten mittelweiten Pupillen zu Stande und lasse weiter keinen Schluss zu, als dass die Pupille nicht ganz normal innervirt sei. Samuel.

Studien über die Pathologie des Ciliarganglions bei Menschen, mit besonderer Berücksichtigung desselben bei der progressiven Paralyse und Tabes. Vergleichende Studien mit dem Ganglion Gasseri und cervicale supremum. Bedeutung des Ciliarganglions als Zentrum für den Sphincter iridis bei Menschen.

Von Alessandro Marina.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 20. Bd., 5. u. 6. Heft.

V. untersuchte, um nur dies zu erwähnen, 36 Fälle von Paralyse. In allen Fällen mit guter Pupillenreaktion waren die Ciliarganglien und -Nerven normal; bei den Paralytikern aber, deren Pupillen fehlerhaft reagirten, und bei Tabes wiesen die Ciliarganglien und meistens auch die Ciliarnerven eine mehr oder weniger ausgesprochene Erkrankung auf; dieser Befund weist auf die hohe Wichtigkeit des Ganglion ciliare als peripheres Zentrum des sphincter iridis hin.

Ernst Schultze.

Ueber Paresen des n. facialis nach Spontangeburten.

Von E. Kehrer.
(Centralbl. f. Gyn. No. 39, 1901.)

Ein neuer Fall von Facialisparese nach spontaner Geburt.

Von Gröne.
(Ebenda No. 45)

Kehrer beschäftigt sich gründlich mit obiger Frage. Er unterscheidet 1. die doppelseitigen zentralen Lähmungen, beruhend auf Defekt im Facialiskernzentrum. 2. Zentrale und periphere Lähmungen, deren Grund in Fällen von engem Becken oder im räumlichen Missverhältniss zwischen Kopf und Becken liegen. Von den engen Becken kommen speziell die platten und die dabei häufige Vorderscheitelbeinstellung in Betracht. Dabei kann die Lähmung eine zentrale sein, wohl bedingt durch Blutextravasate in der Gegend des Facialiszentrum oder an der Gehirnbasis, da, wo der Nerv dieselbe verlässt.

Die peripheren Lähmungen entstehen entweder durch Quetschung innerhalb der Felsenbeinpyramide, indem die Schädelbasisknochen sich mit den Knochen des Schädeldaches in sagittaler Richtung verschieben, wenn der Kopf am Promontorium vorbeitritt. Oder der Nerv wird durch ein Oedem bezw. Blutextravasat am foramen stylomastoideum komprimirt.

Grönes Fall hat eine besondere Ursache in einer Exostose, die rechts an der inneren Seite der Symphyse sass. Ausserdem ist die Geburt in Gesichtslage verlaufen.

Schwarze.

Zur Behandlung der traumatischen Myelasthenie.

Von Dr. Georg Müller, Spezialarzt f. Orthopaedie.
(Allg. Med. Centr. Ztg. 1902.)

Der Versuch, Unfallnervenschwäche mit vorwiegenden spinalen Beschwerden durch Anlegen von Gypskorsets zu bessern, ergab dem Verfasser in 3 Fällen, 2 reinen und einem mit Leberkrebs komplizirten, gute Resultate. Die Behandelten erholten sich sichtlich und gaben selbst Linderung der Beschwerden zu. Müller sieht sich dadurch ermuthigt, in allen einschlägigen Fällen Hessing'sche Korsets anzuwenden.

Vor der Verallgemeinerung dieses Verfahrens wird man gut thun, weitere Versuche abzuwarten. Es fehlt in der Veröffentlichung jede Andeutung darüber, ob die Erwerbsfähigkeit der Behandelten sich nachweislich und dauernd gesteigert hat. Erst dies kann der Prüfstein für eine Methode sein, deren Anwendung den sonst mit Nerverschwachen gemachten Erfahrungen eben nicht entspricht.

Ohrenheilkunde.

Syndrome otique de l'hystérie.

Von Fleury Chavanne.
(La Parole No. IX, X. Paris 1901.)

Unter fünfzig Hysterischen fand Ch. 14 Ohrgesunde, an den Ohren der übrigen 36 erhob er pathologische Befunde und zwar nur siebenmal halbseitig. Fast konstant finden sich Störungen am Ohr, die unabhängig von der Hautsensibilität auftreten. Auch Sensibilitätsstörungen der Ohrgegend sind weder von der Hautempfindung noch von den Erscheinungen am Gehörorgan abhängig. Anästhesie des knöchernen Gehörganges und Trommelfells ist selten. Hysterogene Zonen, an denen hysterische Symptome, Spasmen, hypnotische oder lethargische Zustände durch Druck ausgelöst werden, finden sich selten an verschiedenen Teilen des Ohres. Hyperästhesie ist häufiger an Gehörorganen, die durch pathologische Veränderungen hierzu prädisponirt sind. Das Hörvermögen ist unabhängig von der Sensibilität vermindert und zwar mehr für Knochen- als für Luftleitung. Halbseitige Schwerhörigkeit neben gleichseitiger Hyp- oder Anästhesie ist sehr selten. Der Weber'sche Versuch fällt aus wie bei nervöser Schwerhörigkeit. Die Versuche von Rinne-Gellé ergeben positives Resultat. Schmerzhafte Hyperakusis kann zu hysterischen Krisen führen. Die Hysterie hat also einen verschlimmernden Einfluss auf Ohrenleiden. Sie bringt am gesunden Ohr bestimmte Symptome hervor, die jedoch der Patient meist nicht bemerkt. Andererseits steigern Ohraffektionen die hysterischen Phänomene oder rufen solche hervor. Die Erscheinungen am Ohr gehören also zum Bild der Hysterie und vervollständigen die Diagnose. (Illustrationen durch Hartmannsche Diagramme.) N-y.

Ein Fall von Fremdkörperabscess in der Ohrgegend.

Von Reimar.
(Berl. Klin. Wochenschr. 1901. No. 46.)

Es handelt sich in diesem Falle um einen durch das Eindringen eines Fremdkörpers in eine Wunde der Stirnscheitel-

gegend vor geraumer Zeit entstandenen Abscess der rechten Schläfenregion. Vor 15 Jahren war dem Patienten gelegentlich eines Unfalles ein Steinstückchen (Quarz) unter der verletzten Haut zurückgeblieben. Zwei Mal traten in der Zwischenzeit schwerere, drei oder vier Mal leichtere Entzündungen auf, während in den langen Pausen dazwischen der noch unter der Haut befindliche Stein sich durch keinerlei Beschwerden bemerkbar machte. Bei dem ersten schweren Anfalle hatte sich ein ausgedehnter subkutaner Abscess gebildet, der scheinbar völlig ausheilte, nachdem durch einen Einschnitt unter dem Warzenfortsatz, ziemlich weit weg vom Ursprungsorte der Verletzung, der Eiter entleert worden war. Die anderen Male gingen die Entzündungserscheinungen bald spontan zurück. Aber erst mit der wirklichen Entfernung der Ursache, des Quarzstückes, trat endlich definitive Heilung ein.

Hg.

Hygiene.

Ueber den Stand der Gasheizung.

Von Prof. H. Junkers - Aachen.

Vortrag, gehalten in der III. Versammlung von Heizungs- und Lüftungsfachmännern.

(Ges. Ing. 31. Januar 1902. S. 20.)

Vortragender weist zunächst auf die Nothwendigkeit hin, mit unsern Kohlenlagern sparsamer umzugehen und bezeichnet die Gasheizung, d. h. die Verwendung der in der Kohle enthaltenen Energie in Gasform als ein wichtiges Mittel, der grossen Inanspruchnahme unserer Kohlenvorräthe vorzubeugen. Die Vortheile der Gasheizung gegenüber der Kohlenheizung sind neben der grösseren Oekonomie im Brennstoffverbrauch folgende:

1. Die expansive Kraft des Gases ermöglicht leichten Transport und Vertheilung von der Erzeugungsstelle durch Röhren zu entfernten Verbrauchsstellen mit gleichzeitiger steter Bereitschaft zur Benutzung.

2. Beim Gas ist in der Energie des ausströmenden Gases ein genügendes Mittel zu primärer Zugerzeugung vorhanden, welch letztere bei der Kohlenheizung nur unter schädlicher Beeinflussung der Wärmeausnutzung möglich wird.

3. Diese Art der Zugerzeugung durch Ausnutzung der Ausströmungsenergie des Gases ist nicht nur bei der Ingangsetzung des Verbrennungsprozesses, sondern auch für seine Unterhaltung von Wichtigkeit: die Zugerzeugung wird unabhängig von einem mit heissen Gasen betriebenen Schornstein, der Brennstoff wird mehr ausgenutzt.

4. Die Regulirung der im Ofen erzeugten Wärmemenge ist bei den gasförmigen Brennstoffen wesentlich einfacher, weil dieselbe beim Gase durch die Menge des zugeführten Brennstoffes vermittelt wird, wobei immer die Luft im Ueberschuss vorhanden ist. Bei der Kohle ist der Brennstoff im Ueberschuss vorhanden und die Wärmemenge durch die zufliessende Luftmenge bedingt; letztere verlangt wieder grosse Kanäle und hängt von den schwankenden Widerständen im Kohlenofen ab, während das Gas unter Druck in kleinen Kanälen zugeführt wird.

Die Nachtheile der Gasheizung bestehen hauptsächlich in der Lebensgefahr, dann in dem hohen Preise der gasförmigen Brennstoffe. — Unglücksfälle lassen sich indessen zum grössten Theile vermeiden, da sie meistens auf Fehler in der Installation, Handhabung und Konstruktion zurückgeführt werden können. Was den Kostenpunkt anbetrifft, so wirken zwei Momente auf eine schliessliche Verbilligung des Leuchtgases. Einmal suchen die Gasanstalten den durch die Konkurrenz des elektrischen Lichtes und den geringen Gasverbrauch des Gasglühlichtes gesetzten Ausfall durch neue Absatzgebiete zu decken und geben aus diesem Grunde das nicht zum Leuchten bestimmte Gas billiger ab, dann aber nimmt auch die Bedeutung der direkten Leuchtkraft des Gases immer mehr ab. Die Folge dieser neuen Bestimmung des Leuchtgases ist der Uebergang zu einem hohen Vertheilungsdruck, welcher mit bedeutenden wirthschaftlichen Vortheilen verbunden ist. Das Gas wird daher nicht mehr nach seinem Leuchtwerth, sondern nach seinem kalorimetrischen und pyrometrischen Werthe zu beurtheilen und das Bestreben der Gasanstalten darauf gerichtet sein, ein solches Gas zu liefern, welches bei kleinsten Selbstkosten eine möglichst grosse Wärmemenge und hohe Temperatur liefert. Durch den Verzicht auf direkt leuchtendes Gas und die dadurch ermöglichte Erhöhung des Ueberdruckes wird eine höhere Lichtwirkung des Gasglühlichtes und bezüglich der Wärmeerzeugung Vermehrung der zur Zugerzeugung nothwendigen Ausströmungsenergie erzielt. Erhebliche Bedenken gegen die Erhöhung des Gasdruckes liegen nicht vor, sie bietet im Gegentheil grosse Vortheile, unter anderem Verbilligung der Vertheilungskosten, die bei geringerem Druck wegen der Forderung weiter Rohre sich sehr hoch belaufen. — An eine allgemeine Einführung der Gasheizung ist allerdings vorläufig nicht zu denken, da damit eine ausgedehnte Umgestaltung der bestehenden Gasanstalten und Rohrnetze verbunden sein würde. Die Anstalten dürfen dann nicht mehr den Schwerpunkt ihrer Rentabilität in der Beleuchtung sehen und würden gleichzeitig in der Kokeproduktion beeinträchtigt. Vortragender hofft indessen, dass die Gasanstalten den Bedürfnissen nach Gasheizung doch schliesslich Rechnung tragen werden und weist auf die Bestrebungen hin, welche eine Vervollkommnung der Methoden und Apparate der Gaserzeugung bezwecken. Er vertritt den Standpunkt, dass man mit der Zeit die Energiequelle in den Abgasen der Hochöfen, Koken u. s. w. nutzbar machen wird, da nach seiner Meinung diese Art der Energieübertragung auf weite Entfernungen durch Heizgas die beste von allen ist, zumal sie nur geringe Kosten verursacht.

Firgau.

Der chemische Nachweis von Pferdefleisch.

Von Dr. A. Hasterlik-München.

(Zeitschr. f. Unters. der Nahrungs- und Genussmittel. 15. 2. 1902. S. 156.)

In einer bereits früher (Archiv f. Hygiene 1893, No. 17, S. 440—451) veröffentlichten Arbeit hatte Verf. den Satz aufgestellt: Die Anwesenheit von Pferdefleisch in Fleichkonserven gilt als erwiesen, wenn die Jodzahl des Konservenfleischfettes die Zahl 79,71 (rund 80) erreicht oder überschreitet, und theilt er in der vorliegenden Arbeit zwei Fälle mit, welche die Zuverlässigkeit seiner Methode auch für küchenmässig zubereitetes Pferdefleisch beweisen sollen. Der Nachweis führte in beiden Fällen zu einem Geständniss und zur Verurtheilung der Angeklagten.

Im ersten Falle ergab die Untersuchung eines küchenmässig zubereiteten Sauerbratens 72,7 bezw. 72,3 als Jodzahl; ein Parallelversuch lieferte bei einem Sauerbraten aus Rindfleisch die Zahlen 56,0 und 55,4. Der zweite Fall betraf eine Portion gekochten mageren Fleisches und ergab die Jodzahlen 78,9 und 78,5. Zwei Kontroluntersuchungen gekochten mageren und gekochten fetten Rindfleisches hatte die Jodzahlen 57,7 bezw. 43,6 als Ergebniss. (Die für Pferdefleisch gefundenen Zahlen stehen den v. Hübl'schen Zahlen des Pferdemarkfettes — 77,6 bis 80,6 — sehr nahe. Ref.) Verf. betont im Anschluss an diese beiden Fälle noch ausdrücklich, dass sein Verfahren für die Untersuchung von verarbeitetem feingehacktem Fleisch z. B. Wurst, die häufig mehrere Fleischsorten enthält, keine Anwendung finden kann, so dass die von Früh-

ling (Zeitschr. f. angewandte Chemie 1896, S. 352) und H. Brehmer (Forschungsberichte über Lebensmittel 1897, 4. Bd. S. 1) ausgeführte Untersuchung von Würsten nach H's. Methode unnöthig war und nicht als beweisführend dafür angesehen werden kann, dass dieses Verfahren überhaupt unbrauchbar ist für den chemischen Nachweis von Pferdefleisch. Das Verfahren Hasterlik's setzt sich übrigens aus folgenden Massnahmen zusammen: 100 bis 200 gr feingehacktes Fleisch werden 12 bis 18 Stunden bei 100 Grad getrocknet, 6 Stunden lang mit Petroleumäther am Rückflusskühler, dann das fein zerriebene Material nochmals 6 Stunden im Soxhlet'schen Apparat extrahirt, das Lösungsmittel vollständig verdampft und dann die v. Hübl'sche Jodzahl an geringer Quantität des lange flüssig bleibenden Fettes bestimmt. Bemerkt sei noch, dass die Refraktionszahl (in Zeiss' Butyrorefractometer bei 40 Grad) für Pferdefett 51 bis 59 Grad beträgt. (Ref.) Firgau.

Die Untersuchung des Fleisches verschiedener Thiere mit Hilfe spezifischer Sera und die praktische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau.

Von Stabsarzt Dr. Uhlenhuth.

(D. med. W. 1901, No. 45.)

Durch eingehende Untersuchungen hat U. die Voraussetzung bestätigt gefunden, dass die von ihm entdeckte Serumreaktion (vergl. Sammelbericht in No. 4) auch zur Unterscheidung verschiedener Fleischsorten von einander verwerthbar ist, natürlich nur, wenn das Fleich ungekocht ist, aber z. B. auch bei geräuchertem rohem Fleisch.

Er laugt abgeschabtes Fleisch mit Leitungswasser oder physiologischer Kochsalzlösung aus; diesen langwierigen Prozess räth er durch Zusatz einiger Tropfen Chloroform zu beschleunigen. Die Lösung ist meist sehr trübe, sie wird durch mehrmaliges Filtriren, nöthigenfalls durch Berkefeldfilter, geklärt. 10 bis 15 Tropfen des spezifischen Serums, zu 3 ccm dieses Filtrats zugesetzt, geben die charakteristische Trübung.

Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Pferdefleisch.

Von Oberarzt Dr. Nötel-Breslau.

(Zeitschrift für Hygiene. Bd. 39, Heft 3.)

Unabhängig von Uhlenhuth hat Nötel die praktisch wichtigste Frage, die Erkennung von Pferdefleisch, mit Hilfe der Serumreaktion geprüft. Auch er kommt im Wesentlichen zu einem positiven Ergebniss. Seine Mittheilungen beanspruchen neben denen von U. einen besonderen Werth, da sie eine genaue Anleitung zur praktischen Handhabung der Methode enthalten.

Um ein hochwerthiges Serum zu erhalten, empfiehlt es sich, den Kaninchen 10 bis 12 Einspritzungen von ausgepresstem Fleischsaft oder dem Presssaft des warm mit 1 prozentiger Sodalösung macerirten Fleisches (nicht mit Blutserum), die einzelne Einspritzung zu 10 ccm, in 2—3tägigen Pausen einzuspritzen und die Thiere 5—6 Tage nach der letzten Einspritzung zu tödten. Was das Untersuchungsmaterial betrifft, so ist die Filtration durch Berkefeldfilter zu widerrathen, da hierbei ein Theil der wirksamen Stoffe zurückgehalten wird. Am besten nimmt man von allem Rühren und Pressen Abstand, übergiesst das Prüfungsmaterial mit 0,1 prozentiger Sodalösung oder Leitungswasser, lässt es einige Stunden warm stehen und giesst dann ab. Die so erhaltene Lösung braucht höchstens durch ein doppeltes Papierfilter zu gehen, um klar genug zu sein.

Mittels der Prüfung konnte aus Hackfleischgemengen Pferdefleisch bereits bei einem Zusatz von 10 Prozent erkannt werden. Halbgar gebratenes Fleisch giebt die Reaktion gleichfalls noch deutlich. Bei kalt geräucherter Wurst stellte sich eine wichtige Fehlerquelle heraus: Schon ohne Serumzusatz trübt sich der Extrakt binnen kurzer Zeit bei 37 Grad. Zur Wurstprüfung muss man die Röhrchen mit dem Auszug, theils mit, theils ohne Serumzusatz fünf Minuten (nicht länger!) in Wasser von 40 Grad stellen. Der Nachweis von Pferdefleisch ist erbracht, wenn dann nur in den mit Serum beschickten Röhrchen eine Trübung auftritt.

Ueber die Veränderungen der sterilisirten Milch unter dem Einflusse der Aufbewahrungsmethoden derselben.

Von Dr. N. Sausailow.

(Bolnitschnaja Gazeta Botkina. Wratsch 1901. No. 35.)

Es ergiebt sich aus den Beobachtungen des Verfassers, dass sterilisirte Milch selbst bei vollständigem Fehlen einer Bakterieneinwirkung sich verändert, wobei die Veränderungen die Fett- und Eiweisssubstanzen der Milch betreffen. Aus der stehenden sterilisirten Milch scheidet sich der Rahm aus, der sich beim Schütteln sehr schwer mit der Milch wieder vermengt. Unter gewissen Verhältnissen kann sterilisirte Milch auch ohne Bakterieneinwirkung Eigenschaften bekommen, welche bei gesunden Menschen krankhafte Erscheinungen hervorrufen. Diese sozusagen nicht bakteriellen Veränderungen der Milch werden durch die Einwirkung des Lichts, der Luft und der Temperatur, bei der die Milch aufbewahrt wird, bedingt. Die Veränderungen treten rascher ein und sind schärfer ausgesprochen, wenn auf die Milch gleichzeitig Licht, Luft und höhere Temperaturen (37 Grad C.) einwirken. Wird die Lichtwirkung beseitigt, so sind die Veränderungen der Milch bei Luftzutritt und bei Einwirkung einer Temperatur von 37 Grad sehr schwach ausgesprochen. Wird die sterilisirte Milch luftleer in einem dunklen und kühlen Raume aufbewahrt, so kann sie eine unbestimmt lange Zeit unverändert bleiben.

Bezüglich der Wirkung der sterilisirten Milch auf die allgemeine Ernährung, sowie auch auf die Funktion des Magendarmkanals haben die vom Verf. an 265 Kindern angestellten Beobachtungen ergeben, dass gesunde Kinder im Alter von einem Monat und darüber die sterilisirte Milch gut assimiliren und bei derselben sich sehr gut entwickeln. Magendarmstörungen werden bei solchen Kindern nicht häufiger angetroffen, als bei Brustkindern. Werden erkrankte Brustkinder auf sterilisirte Milch gesetzt, so erholen sie sich in manchen Fällen, meistentheils tritt jedoch eine Besserung der Verdauung nicht ein. Am besten wird sterilisirte Milch vertragen und assimilirt in der kühleren Jahreszeit, in den heissen Sommermonaten wird sie bedeutend schlechter vertragen, abgesehen davon, dass die Kinder in der heissen Jahreszeit überhaupt nicht im Stande sind, so viel Milch zu verdauen, wie in der weniger warmen Jahreszeit.

Zum Schluss giebt Verf. folgende Regeln zur Sterilisirung und Aufbewahrung der Milch: Zur Sterilisirung darf nur frisch gemolkene Milch genommen werden. Die sterilisirte Milch muss vollkommen luftfrei gemacht und in diesem Zustande bis zum Gebrauch aufbewahrt werden. Die Aufbewahrung geschieht in einem dunklen Raume. Am besten wird sterilisirte Milch zur Hälfte mit Wasser verdünnt unter Zusatz von 10 bis 12 Prozent Zucker vertragen. Bei Neugeborenen und besonders schwachen Säuglingen, die mit Wasser verdünnte Milch nicht zu verdauen vermögen, muss man das Wasser durch künstlichen Magensaft ersetzen, wobei Milch und Magensaft zu gleichen Theilen genommen werden. Lb.

Die Wirkung des Bleis auf die Arbeiter in den Töpfereien von Staffordshire.

Von Thank Shufflebotham.

(The Lancet, 26. Oct. 1901.)

Unter den 6 bis 7000 Arbeitern der grossen Töpferwerkstätten von Staffordshire haben mehr als 500 mit Blei zu ar-

beiten. Diese wurden Alle auf das Genauste auf Erscheinungen von Bleivergiftungen untersucht. Als charakteristische Symptome für die Vergiftungen galten folgende Symptome: Blutarmuth, Bleisaum am Zahnfleisch, Kopfschmerz, Verstopfung, gichtartige Beschwerden, Kolik, Lähmung an Armen und Beinen, Epilepsie, Verrücktheit, Sehstörung, Abort und Bright'sche Nierenerkrankung. Das Resultat der Untersuchung war kurz zusammengefasst folgendes: Von 527 Bleiarbeitern fand sich nur ein Einziger, bei welchem die Diagnose der Bleivergiftung mit Sicherheit gestellt werden konnte. Denn die Symptome, welche sich bei Einzelnen fanden und welche auf den ersten Blick als Zeichen von Bleivergiftung gelten konnten, wurden bei genauerer Prüfung auf andere Ursachen zurückgeführt.

Ueberhaupt war der Gesundheitszustand der Bleiarbeiter ein vortrefflicher. Von 348 Männern haben 196 keinen Tag die Arbeit wegen Krankheit versäumt, dasselbe gilt von 90 der 124 Frauen, 26 derselben haben durch Schwangerschaft und Entbindung die Arbeit versäumen müssen. Der Gesundheitszustand ist so günstig, dass man ihn mit dem Gesundheitszustand von Arbeitern vergleichen kann, welche ein dem Körper zuträgliches Gewerbe bereiben. Unter den Arbeitern befanden sich 91, welche seit über 20 Jahren mit Blei arbeiten mussten, und niemals Zeichen von Krankheit darboten Man muss schliesslich daran erinnern, dass Bleiarbeiter den Krankheiten gegenüber ebenso ausgesetzt sind, wie die übrige Bevölkerung, und ihre Erkrankungen deshalb keineswegs immer durch Bleivergiftung zu Stande zu kommen brauchen.

Referent ist der Meinung, dass der Autor bei der Untersuchung seiner Fälle nicht ganz objektiv vorgegangen ist. Einzelne Symptome, die in der ausführlichen Besprechung erwähnt werden, können sehr wohl in dem Blei ihre Ursache haben. Niemand wird leugnen können, dass die Bleivergiftung bei Töpfern eine häufig vorkommende, sehr verbreitete Erkrankungsform ist. Jedenfalls muss man zugeben, dass die hygienischen Verhältnisse in den Töpferwerkstätten von Staffordshire ganz besonders günstige sind.

Franz Meyer-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner psychiatrischer Verein.

Sitzung vom 14. Dezember 1901.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Bericht der Kommission über die Thesen des Herrn Schäfer-Lengerich (öffentliche Trinkerfürsorge).

Thesen der Kommission.

1. Spezialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.
2. Diese Spezialanstalten können
   a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten;
   b) geschlossene, im Charakter der Irrenanstalten

sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Spezial-Anstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämmtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben. Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufnehmen, soll auf den hierfür besonders einzurichtenden Abtheilungen der Grundsatz der Abstinenz als die Regel gelten.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in die Anstalt kann
   a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden;
   b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind die für Irrenanstalten geltenden Aufnahme-Bestimmungen massgebend. Diese sind mit Rücksicht auf die durch das B. G.-B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Bei Unterbringung von Trunksüchtigen, für welche Armenverbände in Betracht kommen, findet das Gesetz vom 11. Juli 1891 Anwendung. Es wird den durch dieses Gesetz verpflichteten Verbänden empfohlen, diejenigen Einrichtungen, welche Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht getroffen haben, zu benutzen und zu unterstützen.

5. Die Leitung von Spezialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

6. Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Spezialanstalt reichlich Gebrauch macht.

Guttstadt. Leppmann. Waldschmidt.

Herr **Waldschmidt** erläutert die Thesen der Kommission. Die erste These von Herrn Schäfer, Trunksucht ist eine Geistesstörung, habe die Kommission nicht für zweckmässig gehalten auszusprechen. W. bezieht sich auf seine Veröffentlichung, die Trinkerfürsorge in Preussen, und betont, dass Trinker zum grössten Theil in allgemeinen Krankenhäusern, zum kleinern in Irrenanstalten Aufnahme finden. Man müsse fordern, dass in diesen in Spezialabtheilungen die Abstinenz durchgeführt wird, welche als Vorbedingung für die dauernde Heilung der Trinker gelten müsse; dürfe man sich doch nicht damit begnügen, die oberflächlichen Krankheitserscheinungen, z. B. das Delirium zum Verschwinden zu bringen. Auch das Wartpersonal müsste abstinent sein, da die Heilung nicht ohne Vorbild gelinge. In 20 bis 40 Prozent wurden bei Trinkern nach einem Bericht des internationalen Kongresses in Wien Rückfälle beobachtet, welche zur Anstaltsbehandlung oder Bestrafung Veranlassung gaben. Da nur wenige Trinker freiwillig die Anstalten aufsuchten, ein grosser Theil aber, auch gegen ihren Willen aufgenommen, geheilt werden könne, so müsste die zwangsweise Unterbringung der Trinker, für welche der § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches Anwendung gefunden habe, verlangt und durch behördliche Verordnung geregelt werden. In Sachsen könnten entmündigte Trinker bereits durch den Vormund zwangsweise in Irrenanstalten gebracht werden. Das Detentionsrecht müsste aber auch auf Trinker-Anstalten ausgedehnt werden. Die Verpflichtung, für die Kosten für Trunksüchtige aufzukommen, müsste entsprechend einer Resolution des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit auf der letzten Jahresversammlung in Lübeck landesgesetzlich geregelt werden. W. wünschte bei dem grossen Interesse, welches der Staat an der Heilung der Trinker habe, den Staat für einen Theil der Kosten verbindlich gemacht zu sehen. Selbstverständlich sei die Forderung einer ärztlichen spezialistisch vorgebildeten Leitung von Trinker-Anstalten. Entmündigte Trinker gäben erfahrungsgemäss eine viel schlechtere Prognose für die Anstaltsbehandlung als freiwillig Eintretende. Daher wäre es gut, wenn der Richter es durch Aussetzung des Entmündigungsbeschlusses in der Hand hätte, den Trinker zur freiwilligen Anstaltsbehandlung zu bestimmen.

Zu These 1. Herr Moeli. Der Vorsitzende bemerkt vor Eröffnung der Besprechung, dass wenn auch der Gang

der Verhandlung sich an die Thesen der Kommission anschliessen solle, doch die in den Schäferschen Sätzen ausgesprochenen Meinungen zu berücksichtigen sein würden. Er werde deshalb bei den einzelnen Thesen auf die entsprechenden Schäfer'schen Sätze verweisen. Schriftlich oder telegraphisch von Herrn Schäfer noch übermittelte Aeusserungen werde er an entsprechender Stelle zur Verlesung bringen.

Die Kommission habe vermieden, den in der ersten Schäfer'schen These erwähnten Zusammenhang zwischen Trunksucht und Geisteskrankheit überhaupt zu berühren. Auch wenn man die Identität der Begriffe nicht aussprechen wolle, könne man es doch für wünschenswerth erachten, wenn man von Heilung, Anstalten und ärztlicher Leitung spräche, auf die häufige Verknüpfung der Trunksucht mit krankhaften, psychischen Veränderungen hinzuweisen. Er stelle anheim, ob dieser thatsächliche Zusammenhang erwähnt werden solle und verbinde die Besprechung hierüber mit der der These 1 der Kommission.

Herr Bär hält es für erforderlich, auszudrücken, welche Personen in Trinkeranstalten hineingehören und beantragt zu sagen, Spezialanstalten sind nothwendig für Personen, welche in Folge von Alkoholismus ihre Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermögen. Ferner fehle die genaue Bezeichnung der Art des Hineingelangens dieser Personen in die Anstalt, da die freiwilligen Aufnahmen keineswegs genügten.

Herr Guttstadt tritt warm für die Fürsorge der Alkoholisten in Trinkerheilanstalten ein, für deren Erlangung jetzt ein günstiger Augenblick vorliege und durch deren Errichtung der Armenverwaltung sehr gedient wäre. Die meisten wegen Delirium und Trunksucht in die allgemeinen Krankenhäuser aufgenommenen Menschen würden nach der Statistik in kürzester Zeit geheilt oder gebessert entlassen und könnten keine Beziehung zur Geisteskrankheit haben. G. bittet um Annahme der These 1 der Kommission.

Herr Wulffert wünscht: Spezialanstalten zur Heilung der Trunksucht und zur Versorgung der Trunksüchtigen sind nothwendig. Er schliesst sich den Ausführungen des Herrn Bär an. Desgleichen Herr Falkenberg, welcher der Aeusserung des Herrn Guttstadt, Delirium tremens habe nichts mit Geistesstörung zu thun, entgegentritt und mit Herrn Waldschmidt die Fürsorge der bereits entmündigten Trinker prognostisch für wenig aussichtsreich hält. Er schlägt vor, der These 1 folgende Fassung zu geben: „Es giebt eine wohlcharakterisirte Form von Geistesstörung, zu der ein grosser Theil der bisher als trunksüchtig bezeichneten Personen gehören.“

Herr Zinn meint, dass die Beziehung der Trunksucht zur Geisteskrankheit nicht in der ersten These besonders hervorgehoben zu werden braucht, da sie schon in der zweiten These ausgedrückt ist; danach sind Trunksüchtige Kranke, die in Krankenanstalten gehören und zweitens Geisteskranke, die in Irrenanstalten gehören.

Nach Ablehnung aller Anträge durch die Versammlung wird These 1 der Kommission angenommen.

Zu These 2 wird ein Antrag des Herrn Wulffert, den Ausdruck müssen statt können zu setzen, abgelehnt. W. wünscht, dass der Alkohol dort, wo Trinker aufgenommen werden, nur als Medizin gereicht werden dürfe.

Herr Moeli: Der Wortlaut der These 2b erfordert, wenn die Worte nach Art der allgemeinen Krankenanstalten und „im Charakter der Irrenanstalten“ ganz wegfallen sollen, noch eine gewisse Erläuterung.

Es könne durch geschlossene im Charakter der Anstalten für „Geisteskranke“ bei Laien leicht der Irrthum hervorgerufen werden, als wenn letztere Anstalten nur geschlossene Räume hätten. Das müsse doch vermieden werden.

Noch weniger darf man die Meinung aufkommen lassen, „dass die unter „b“ angeführten, geschlossenen“ Anstalten für Trunksüchtige und überhaupt keine offenen Räume oder Abtheilungen haben dürfen. Auch die jetzt in Anstalten für Geisteskranke befindlichen Alkoholisten werden natürlich zum Theil oder in einem gewissen Stadium ihres Aufenthalts ohne Abschluss in offenen Häusern — z. B. in Landhäusern behandelt. Es wäre also ein Rückschritt, wenn die irrige Meinung erweckt würde, dies solle künftig fortfallen. „Geschlossene“ bezieht sich wohl nicht so sehr auf die Räume als wie auch bei den Anstalten für Geisteskranke auf das Recht der Zurückhaltung.

Herr Lähr beantragt, dass die Worte: zur Heilung hinter Alkoholisten eingefügt werden.

Herr Bär hält es für besser, das Prinzip der Abstinenz nicht vorzuschreiben, da dies nur eine Methode wäre. Er wünscht die betreffenden Sätze wegzulassen. Auch

Herr Jolly warnt davor, ebenso vor dem Passus, betreffend Einrichtung besonderer Abtheilungen in allgemeinen Krankenanstalten, womit man sich lächerlich machen würde.

Herr Zinn plaidirt für Fortlassung dieses Passus und schlägt vor, den letzten Satz von These 2 so zu fassen: Es empfiehlt sich, den Grundsatz der Abstinenz zur Geltung zu bringen.

Herr Guttstadt tritt für die Schaffung besonderer Abtheilungen in den allgemeinen Krankenanstalten ein und spricht für das Amendement von Herrn Lähr. Bei Abstimmung wird der ganze letzte Satz gestrichen.

Zu These 3, welche bis zwangsweise angenommen wird, macht Herr Jolly darauf aufmerksam, dass solche Bestimmungen noch nicht vorhanden seien und erst getroffen werden müssen.

Herr Bär bezieht sich auf die Verhältnisse in England, wo Trinkerheilanstalten vom Staat konzessionirt wären und Detentionsrecht auch für freiwillig Aufgenommene besässen. Er beantragt, dass zur zwangsweisen Unterbringung und Zurückhaltung auch der freiwillig sich Meldenden Bestimmungen analog den für die Irrenanstalten geltenden zu treffen sind.

Herr Waldschmidt befürwortet gleichfalls das Detentionsrecht für einen Theil der Trinkerheilanstalten, geht aber nicht soweit, wie der Vorredner.

Herr Guttstadt schlägt vor, das Wort Aufnahme wegzulassen, was angenommen wird.

Herr Bär zieht seinen Antrag zurück.

Der Absatz wird darauf angenommen.

These 4. Herr Moeli verweist einleitend darauf, dass, wenn der Lübecker Satz 2 die Pflicht der Armen-Verbände zur Heilbehandlung hilfsbedürftiger Trunksüchtiger anerkennt, er dies mit der ausdrücklichen Beschränkung thut „soweit die Trunksucht sich im Einzelfalle als Krankheit darstellt.“

Hier ist also doch die von Herrn Schäfer besonders betonte Beziehung in den Vordergrund gestellt worden und wohl mit Recht.

Ausserdem bedarf 4 einer besonderen vorsichtigen Fassung. Auf den ersten Blick werden die Geldaufwendungen für solche Anstalten mehr ins Auge fallen, als der davon zu erwartende Nutzen. Umsomehr besteht die Verpflichtung, in sorgfältigster Weise zu erwägen, wie weit und unter welchen Voraussetzungen auch bei Entmündigten oder zu Entmündigenden und bei den andern, zum grossen Theil auch geistig geschädigten Trunksüchtigen diese Anstalten noch eine solche

Wirkung entfalten werden, dass man ihre Gründung auf öffentliche Kosten verlangen könnte.

Daher müssten auch die Einzelheiten und Bedingungen der Errichtung wie des Betriebes genau festgestellt werden. Vorsitz. bringt eine Mittheilung des Herrn Schäfer zu Satz 4 zur Kenntniss.

Weiter sprechen Herr Waldschmidt und Herr Bär zur Reglung der Kostenfrage, Herr Jolly, welcher Bedenken gegen die Gesetzesauslegung in These 4 durch einen medizinischen Verein äussert, und dem Vorschlag von Herrn Wulffert beistimmt, anstatt dieser These die These 5a des Herrn Schäfer zu setzen, endlich Herr Guttstadt, der die Annahme zu These 4 mit Hinzufügung der Worte: In Preussen, empfiehlt.

Die These 5a des Herrn Schäfer wird an Stelle der These 4 der Kommission gesetzt.

These 5 wird angenommen.

Zu These 6 befürwortet Herr Wulffert, den Eintritt in einen Abstinenzverein ebenfalls als einen Grund für den Richter zum Aussetzen des Entmündigungsverfahrens gelten zu lassen. Die Herren Bär und Jolly rathen davon ab, wegen der Verwaltungsschwierigkeiten, wegen der labilen Natur dieser Vereine und weil nur von Anstaltsbehandlung die Rede wäre.

Herr Moeli spricht, wie er anderen Orts ausgeführt hat, der Wirksamkeit der Vereine einen wesentlichen und für die meisten Fälle gar nicht entbehrlichen Antheil bei der Behandlung Trunksüchtiger zu. Handelte es sich um Massregeln gegen die Trunksucht im Allgemeinen, so dürfe die Wirksamkeit der Enthaltsamkeitsvereine nicht beiläufig erwähnt, sondern müsste mit in den Vordergrund gestellt werden. Ein derartiges Vorgehen würde er durchaus unterstützen. Heute aber handle es sich nur um Anstalten für Trunksüchtige, so dass man zur Anführung der Vereine hier nicht gezwungen sei. Ebenso wichtig wie die Wirksamkeit der Vereine bei der Fürsorge für Trunksüchtige sei bezüglich des Entmündigungs-Verfahrens, mit dem sich Satz 6 beschäftige, die No. 3 von Herrn Schäfer über Heranziehung eines ärztlichen Sachverständigen. Auch seiner Meinung nach rechtfertige die Häufigkeit psychischer Abweichungen bei denjenigen Trunksüchtigen, bei welchen die Entmündigung auf Grund des in § 6, 3 angeführten Verhaltens eingeleitet wird, durchaus diesem Wunsch. Aus dem eben erwähnten Grunde aber, der Beschränkung der heutigen Besprechung auf die Anstalten, dürfe man auch diesen Punkt heute zurückstellen.

Zu These 2 hatte Herr Wulffert noch den Satz beantragt: So lange geschlossene Spezialanstalten für Trunksüchtige nicht geschaffen sind, treten an ihre Stelle einzelne Irrenanstalten, welche nach dem Abstinenzprinzip eingerichtet sind. In jeder Provinz soll etwa eine geeignete Irrenanstalt als Abstinenzanstalt zur Aufnahme der gemeingefährlichen Trunksüchtigen eingerichtet werden.

Der Antrag wird nach einer Aeusserung von Herrn Waldschmidt abgelehnt.

Folgende Thesen sind danach angenommen worden:

Thesen.

1. Spezialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.
2. Diese Spezialanstalten können
 a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten,
 b) geschlossene, im Charakter der Anstalten für Geisteskranke

sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Spezialanstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämmtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann
 a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden
 b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind Bestimmungen analog den für die Anstalten für Geisteskranke geltenden zu treffen. Sie sind mit Rücksicht auf die durch das B. G. B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Anstalten für Trunksüchtige ist der schleunige Erlass von Landesgesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in derselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschaffen ist.

5. Die Leitung von Spezialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses (§ 681 C. P. O.) bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Spezialanstalt, thunlichst oft Gebrauch macht.

M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Invalidität und Unfall.

Entscheidung vom 16. Mai 1900.

Gegen ein Urtheil des Schiedsgerichts hatte Maurer R. Revision eingelegt. Das Reichs-Versicherungsamt machte darauf in seiner Entscheidung Folgendes geltend: Dem Kläger ist die Invalidenrente auf Grund des § 9 Abs. 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungs-Gesetzes entzogen worden. Nach dieser Bestimmung, mit der der § 15 Abs. 2 des inzwischen in Kraft getretenen Invalidenversicherungs-Gesetzes dem Sinne nach übereinstimmt, begründet eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit, als letztere die zu gewährende Unfallrente übersteigt. Mit Recht haben die Vorinstanzen die Anwendbarkeit der bezeichneten Vorschriften im vorliegenden Falle bejaht. Dem Kläger ist durch rechtskräftigen Bescheid der Versicherungsanstalt vom 11. Oktober 1898 eine Invalidenrente von 138,60 M. vom 3. Dezember 1897 ab zugebilligt worden, nach dem der Professor Dr. v. B. unter dem 11. August 1898 eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um 70 % angenommen hatte. Wie die Akten ergaben, übrigens auch vom Kläger nicht bestritten ist, sind die seine Erwerbsfähigkeit mindernden körperlichen Schäden lediglich auf den am 3. Dezember 1897 erlittenen Betriebsunfall zurückzuführen. Für die Folgen dieses Unfalls ist ihm jedoch nach vorgängiger Krankenhausbehandlung durch rechtskräftigen Bescheid des Vorstandes der Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft vom 19. Juli 1899 für die Zeit vom 25. Juli bis zum 1. November 1898 eine Rente von 75 % und für die Zeit vom 1. November 1898 ab eine Rente von 50 % derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit zugebilligt worden. Da die Invalidität im Sinne des Invaliditäts- und Altersversicherungs-Gesetzes und des Invalidenversicherungs-Gesetzes erst durch eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von mehr als $66^2/_3$ % bedingt wird, so besteht, mindestens so weit die Zeit vom 1. November 1898 ab in Betracht kommt, in der Schätzung des Grades der beim Kläger vorhandenen Erwerbsunfähigkeit durch die Versicherungsanstalt einerseits und die

Berufsgenossenschaft andererseits ein erheblicher Unterschied, und es könnte fraglich erscheinen, ob nicht die Feststellung der Unfallrenteninstanzen für die Entscheidung darüber, ob der Unfall die Invalidität, das heisst eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von mehr als $66^2/_3$ % herbeigeführt hat, massgebend sein müsse. Dies würde dann hier zur Folge haben, dass man das Vorliegen einer durch einen Unfall herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit zu verneinen hätte, weil die Folgen des Unfalls von den zuständigen Stellen nur auf 50 % veranschlagt worden sind. Dieser Auffassung stehen jedoch überwiegende Bedenken entgegen. Die Prüfung und Entscheidung der Frage, ob Invalidität vorliegt, ist vom Gesetz besonderen Stellen, den Versicherungsanstalten und in der weiteren Instanz den Schiedsgerichten und dem Reichs-Versicherungsaml übertragen. Ist demnach von zuständiger Stelle, wie hier seitens der Versicherungsanstalt, das Vorliegen der Invalidität rechtskräftig anerkannt, so muss diese Feststellung für das Verfahren auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungs-Gesetzes, beziehungsweise Invalidenversicherungs-Gesetzes ungeschadet der Vorschrift des § 33 beziehungsweise § 77 daselbst massgebend bleiben, gleichviel ob derselbe körperliche Zustand etwa in dem Unfallrentenverfahren eine abweichende Beurtheilung erfahren hat. Bei den Schwierigkeiten, die sich einer genauen Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit oft entgegenstellen, wird darin eine völlige Uebereinstimmung auf dem Gebiete der Invalidenversicherung und der Unfallversicherung, so erstrebenswerth sie an sich auch ist, nicht immer herbeizuführen sein. Es würde aber der unzweifelhaften Absicht des Gesetzes, für die gleiche körperliche Schädigung des Versicherten nur einmal Ersatz zu leisten, offenbar nicht entsprechen, wollte man einem nur durch die Folgen eines Betriebsunfalls geschädigten Versicherten die Invalidenrente neben der Unfallrente lediglich deshalb belassen, weil zufällig die durch den Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit von einer nicht zur Durchführung der Invalidenversicherung berufenen Stelle geringer geschätzt wird. Muss hiernach die Annahme der Vorinstanzen, dass die Erwerbsunfähigkeit des Klägers durch einen Unfall herbeigeführt sei, aufrecht erhalten werden, so ist dem Kläger die Invalidenrente, die unstreitig die Unfallrente nicht übersteigt, für die Zukunft, das ist vom 1. September 1899 ab, mit Recht entzogen worden. Soweit die Rente aber auf Grund des rechtskräftigen Bescheides der Versicherungsanstalt vom 11. Oktober 1898 dem Kläger bereits gezahlt ist, war die Versicherungsanstalt nicht befugt, dem Kläger nachträglich das Recht auf diese Beträge abzusprechen, den Anspruch, wie es dem Bescheide vom 21. August heisst, „für die Zeit vom 5. März 1898 abzulehnen.“ Der Revision war daher insoweit stattzugeben, und es muss der Versicherungsanstalt überlassen bleiben, wegen Ersatzes der bereits gezahlten Rentenbeträge die Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft in Anspruch zu nehmen. M.

Abmessung der Entschädigung bei schwerer Beschädigung des linken Arms.
Entscheidung vom 22. Juni 1901.

F. L. bezog seit dem 31. März 1900 in Folge einer am 29. Dezember 1899 erlittenen Verletzung des linken kleinen Fingers die volle Rente. Durch Bescheid vom 27. November 1900 ist die Rente auf $66^2/_3$ Prozent der Vollrente herabgesetzt worden. Auf Berufung des Verletzten wurde die Berufsgenossenschaft verurtheilt, eine Rente von 75 Prozent zu zahlen. Das Schiedsgericht führte aus: Wie die im Termin der mündlichen Verhandlung vorgenommene Augenscheinseinnahme ergeben hat, ist der Zustand der verletzten Hand ein solcher, dass er dem Verlust der linken Hand mindestens gleichkommt. Diese Entscheidung focht die Genossenschaft beim Reichs versicherungsamt an und betonte, die durch den Unfall herbeigeführte Veränderung der linken Hand sei ihrem völligen Verlust noch nicht gleich zu erachten; eine Rente von $66^2/_3$ Prozent der Vollrente erscheine daher ausreichend. In der mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamt, zu welcher L. persönlich erschienen ist, hat er behauptet, dass nicht nur die linke Hand völlig unbrauchbar geworden sei, sondern dass er in Folge des Unfalls auch im linken Unterarm noch Schmerzen habe, die für ihn deshalb besonders empfindlich seien, weil er vor drei Jahren eine linksseitige Rippe gebrochen habe. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Gegenüber dem Befunde, welcher in dem Gutachten des Dr. H. vom 3. April 1900 festgestellt und dem Bescheide vom 26. Juni 1900 zu Grunde gelegt ist, ist in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Besserung insofern eingetreten, als die linke Hand und der linke Unterarm nicht mehr geschwollen sind, die Beweglichkeit der linken Schulter völlig frei geworden und diejenige des linken Ellenbogengelenks nur noch in der Streckfähigkeit in geringem Masse beschränkt ist. (Gutachten des Dr. H. vom 16. Oktober 1900). Gemäss § 88 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900 ist daher eine anderweitige Festsetzung der Unfallentschädigung zulässig. Bei ihrer Bemessung ist das Reichs-Versicherungsamt von folgenden Erwägungen ausgegangen: Wenn die linke Hand auch selbständig zur Arbeit in irgend nennenswerthem Masse nicht zu gebrauchen ist, so ist sie und namentlich der linke Arm doch immerhin von nicht unerheblichem Werthe für die Unterstützung der rechten Hand. Die Gebrauchsfähigkeit der Letzteren aber ist nur durch die schon vor dem Unfall vom 29. Dezember 1899 vorhanden gewesene Versteifung des Mittel- und Endgliedes des Mittelfingers behindert, zum weitaus grössten Theil dagegen erhalten geblieben. Das Rekursgericht hat daher nach freiem Ermessen angenommen, dass der Kläger seit dem 1. Dezember 1900 noch um drei Viertel in seiner Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Unfalls vom 29. Dezember 1899 beeinträchtigt gewesen ist, sich nach und nach an den Zustand der verletzten Hand immer mehr gewöhnt hat und seit dem 1. Juli 1901 wieder ein Drittel seiner früheren Erwerbsfähigkeit besitzt. Durch die dementsprechend festgesetzte Entschädigung wird nicht nur den durch den Unfall herbeigeführten objektiv feststellbaren Veränderungen, sondern auch den angeblich noch im linken Arme auftretenden Schmerzen, sowie dem Umstande hinreichend Rechnung getragen, dass der Kläger mit körperlichen Beschwerden schon vor dem Unfalle vom 29. Dezember 1899 behaftet gewesen und deshalb durch dessen Folgen besonders empfindlich getroffen worden ist.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Kassowitz, Max. Alkoholismus im Kindesalter. Berlin 1902. S. Karger.

Verfasser bespricht die Störungen, welche bei Kindern durch den häufig wiederholten oder habituell gewordenen Genuss von Alkohol in solcher Form und in solchen Quantitäten hervorgerufen werden, wie sie von den meisten Laien und von sehr vielen Aerzten nicht nur als unschädlich, sondern geradezu als heilsam angesehen werden. Unter Anderem beobachtete Verfasser Delirium tremens bei Kindern von 7, 9 oder 11 Jahren; dann sah er Konvulsionen, Nephritis, gastrische Erscheinungen, recht oft Lebercirrhose. Kurze instruktive Krankheitsgeschichten werden beigefügt.

Verfasser kommt zu dem Schluss, dass Kindern der regelmässige Genuss alkoholischer Getränke unter keiner Bedingung

gestattet, geschweige denn empfohlen werden soll; ebensowenig will er sie bei chronischen Schwächezuständen angewandt wissen. Nebenher verwirft er auch den Konsum grösserer Mengen alkoholischer Getränke durch Ammen oder stillende Mütter, da sie nicht nur kein Lactagogum sind, sondern obendrein noch dem Säugling schaden.

Um so mehr verdient Verfassers Warnruf Beachtung, als der Gebrauch von Alcoholica im Kindesalter ausserordentlich verbreitet ist. Nach einer Enquete in einer Volksschule kannten nur 22,6 Prozent der Schüler keine geistigen Getränke; fast die Hälfte der Schüler erhielt sie regelmässig. Eine andere Umfrage ergab, dass jeder dritte Wiener Schuljunge regelmässig Bier geniesst. Unter 247 Kindern von 7–8 Jahren in einer Bonner Volksschule hatte nur ein einziges Kind nie geistige Getränke bekommen; 110 Kinder erhielten täglich ein oder mehrmals Wein oder Bier, 20 sogar täglich Kognak.

Am meisten ist und bleibt dabei zu bedauern, dass grade von Seiten der Aerzte zu einer Verbreitung des Alkoholgenusses beigetragen wird. Ref. darf hier wohl darauf hinweisen, dass ihm vor einiger Zeit ein praktischer Arzt vom Lande, nicht etwa aus der älteren Schule stammend, von seinem vierjährigen Sohne mit Vaterstolz erzählte, er trinke schon nicht mehr, er sei darüber hinaus — und dabei hatte der Vater seinem Sprossen täglich ein Weinglas voll Madeira gegeben.

Die schädlichen und giftigen Wirkungen des Alkohols überwiegen derart, dass es unverantwortlich ist, ihn den Kindern zu geben. Ernst Schultze.

Hoppe, Hugo. Die Thatsachen über den Alkohol. Mit zahlreichen statistischen Tabellen. Zweite wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. S. Calvary & Cie. 314 S. Preis gebunden Mk. 5,—.

V. motivirte in dem Vorworte zu der ersten Auflage seine Arbeit, eine für wissenschaftlich Gebildete, insbesondere Aerzte und Verwaltungsbeamte, bestimmte Zusammenstellung der wesentlichsten Thatsachen über Verbreitung, Natur und Wirkung der alkoholischen Getränke, mit dem Fehlen eines zeitgemässen, nicht zu umfangreichen Buches, welches alle einschlägigen Fragen behandelt, welches ein Repertorium aller bemerkens- und wissenswerthen, bisher in zahllosen Schriften und Journalen verstreuten Beobachtungen, Untersuchungen und Statistiken über den Alkohol und die alkoholischen Getränke, ihre Ausdehnung, Darstellung, Eigenschaften und Wirkungen in hygienischer und sozialer Beziehung darstellt.

Wenn es noch eines Beweises für die Berechtigung eines solchen Unternehmens bedürfte, so dürfte der gegeben sein durch den schnellen Absatz der ersten Auflage, die 1899 erschien. Erwies sich diese schon als ein werthvoller Führer in der von Tag zu Tag fast bedenklich anschwellenden Alkoholliteratur, so wird das in erhöhtem Masse von der Neuauflage gelten. Bei Beibehaltung der Stoffanordnung und Vortragsform hat sie an Umfang erheblich zugenommen, und dass auch neueste literarische Erscheinungen berücksichtigt sind, davon konnte sich Ref. durch Stichproben überzeugen.

Die Aerzte werden Verfasser dafür besonderen Dank wissen, dass er die physiologischen und pathologischen Wirkungen des Alkohols jetzt eingehender berücksichtigt hat; naturgemäss erfahren die durch Alkoholmissbrauch bedingten Erkrankungen des Nervensystems eine besonders ausführliche Darstellung. Die Leser dieser Zeitschrift wird besonders das Kapitel interessiren, welches die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Verbrechen behandelt.

Auf Einzelheiten einzugehen verbietet schon die Natur des Stoffes; man wüsste bei dem reichen Inhalte nicht, wo man anfangen, wo man aufhören sollte.

Wer sich mit der Alkoholfrage praktisch oder wissenschaftlich beschäftigen will, dem wird Hoppe ein unentbehrlicher Führer sein, der für die aufgewandte Arbeit unseres Dankes gewiss sein kann. Ref. giebt dem Verfasser zu erwägen, ob die Brauchbarkeit des Buches bei der sicherlich nicht fehlenden Neuauflage durch ein Inhaltsverzeichniss sowie weitere Literaturangaben nicht gehoben werden kann.

Der mässige Preis des Buches bei guter Ausstattung verdient noch hervorgehoben zu werden. Ernst Schultze.

Rosenfeld, Georg. Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. Wiesbaden. Verlag von Bergmann 1901.

Auf Grund eigner Stoffwechseluntersuchungen und Experimente und einer eingehenden Kritik der bekanntesten fremden Versuchsreihen giebt der Verfasser ein überaus anschauliches und klares Bild über den heutigen Stand der Alkoholfrage. Die Resultate sind für die Alkoholliebhaber sehr betrübende. Aber um so mehr dürfe sich die wachsende Zahl der Alkoholgegner ihrer freuen, als die Kritik auf einer Objektivität fusst, die wir leider in der Sturmfluth der modernen Alkohollitteratur oft vermisst haben. Dass die Versuche noch recht unklare und keineswegs eindeutige Resultate lieferten, das liegt an der grossen Schwierigkeit, gesunde Versuchsobjekte zu finden, welche zugleich seit langer Zeit absolute Abstinenten sind. Manches wird sich in den Stoffwechselversuchen ganz anders herausstellen; denn die Faktoren der Giftgewöhnung, des mangelhaften Stoffwechsels bei momentaner Entziehung gewohnter Alkoholgaben, des Wegfallens gewohnter Reize und des Wiedereinschaltens eines solchen, müssen ein falsches Bild liefern. Bei Abstinenten würden sich manche Einflüsse des Alkohols unter Umständen ganz anders äussern.

Ausser mit den physiologischen geht Verfasser auch mit den pharmakologischen Wirkungen streng ins Gericht. Sehr interessant sind die Theorien der Alkoholwirkung auf Grund der chemischen Affinitäten zum fettreichen Nervengewebe. Die Erscheinungen der akuten und der chronischen Vergiftung werden ausführlich und nach den neusten Forschungen dargelegt, desgl. die pathologisch anatomischen Folgeerscheinungen.

Was das Buch praktisch ungemein wichtig erscheinen lässt, ist die eingehende Beleuchtung des therapeutischen Werthes oder besser Unwerthes des Alkohols. Verfasser muss da auf Grund objektiver Beobachtung die Berechtigung manchen Angriffes anerkennen, der seiner Zeit an mehr theoretischer Anschauung und ohne exakte Grundlage gemacht worden ist. Besonders dieses Kapitels wegen studire man das Original. Für den Sachverständigen ist der II. Abschnitt über die psychischen Leistungen des Alkohols besonders werthvoll. Ueber den Stand der Forschungen auf dem Gebiet der Psychologie und Psychopathologie giebt die Arbeit eine gedrängte, vorzügliche Uebersicht, die sich zu rascher und doch gründlicher Orientirung eignet. Zum Schluss beleuchtet Verfasser auch noch die sozialen Fragen der Alkoholbewegung, in denen wir Aerzte ja mitten drin stehen. Das ganze Buch ist wohl das beste, was in den letzten Jahren über den Alkohol geschrieben wurde, und wir empfehlen das sorgfältige Studium desselben, weil es uns in dieser Kampfesepoche ein vorzügliches Rüstzeug in die Hand drückt — gegen den Alkohol und seine falsche Werthschätzung gottlob vergangenen Perioden.

Marcinowski.

Röpke, F. Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. Wiesbaden 1902. J. F. Bergmann.

R. hat hauptsächlich aus der einschlägigen Literatur und dann auch aus seinen eigenen Erfahrungen, die er zum Theil

durch Spezialstudien auf diesem Gebiet gesammelt hat, eine ausführliche Monographie über die Berufserkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege zusammengestellt. Es ist mit grossem Fleisse sehr viel des wichtigsten Materials zusammengetragen, so dass jeder, der sich für dieses für die Allgemeinheit so sehr wichtige Thema interessirt oder interessiren muss, die nöthigen Aufschlüsse findet und sich über die durch die Betriebe hervorgerufenen Schädigungen der Ohren und oberen Luftwege informiren kann. Zu bedauern ist im Interesse einer literarischen Vollständigkeit, dass die durch das Metzgergewerbe (Fleischhauerei) bedingten Ohrverletzungen, wie sie Laubinger im Archiv für Ohren 1899, pag. 142 (Othämatom) beschrieben hat, übersehen worden sind. Haug.

Lüning und **Schulthess:** Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie. J. F. Lehmann, München 1901.

Durch das Erscheinen des vorliegenden Buches ist dem Mangel an einer knapp gefassten, dabei doch das Wesentliche bietenden und gut illustrirten Darstellung des Gebietes der orthopädischen Chirurgie abgeholfen worden. Die rühmlichst bekannten Verfasser haben in diesem Buche ihre reichen, in 17jähriger Thätigkeit gesammelten Erfahrungen niedergelegt und dadurch Studirenden wie praktischen Aerzten einen Wegweiser für ein Gebiet gegeben, das den ersteren während ihrer Studienzeit ziemlich fremd zu bleiben pflegt und das die letzteren nur zu leicht geneigt sind, ausschliesslich dem Spezialarzte oder dem Bandagisten zu überlassen, während sie doch in vielen Fällen dazu berufen wären, prophylaktisch oder therapeutisch mitzuwirken oder dort, wo durch die Eigenart der orthopädischen Therapie eine spezialistische Behandlung geboten ist, unterstützend einzugreifen. Aus dieser von den Verfassern ausgesprochenen Absicht erklärt es sich auch, dass die einzelnen Kapitel je nach ihrer praktischen Wichtigkeit mehr oder weniger eingehend behandelt worden sind und dass seltenere Affektionen nur flüchtig gestreift werden.

Das Buch besteht aus einem kurzen allgemeinen und einem ausführlicheren speziellen Theil. Im ersteren wird eine Eintheilung der Deformitäten in kongenitale und erworbene gegeben und darauf in eine Besprechung der allgemeinen Behandlung eingetreten, die in Funktionsübung, direkten mechanischen Einwirkungen wie Massage und Redressement und im Ersatz auf dem Wege der operativen Transplantation oder durch äussere mechanische Kräfte besteht. Im Schlusskapitel dieses Abschnittes werden die technischen Gruppen der Behandlungsmethoden: einfache und maschinelle Gymnastik, operative Orthopädie, Portativapparate und Verbände in grossen Zügen geschildert.

Der spezielle Theil beginnt mit dem praktisch wichtigsten Leiden, den Deformitäten der Wirbelsäule. Dieser Abschnitt ist denn auch am eingehendsten bearbeitet, es ist ihm ein Drittel des ganzen Buches gewidmet worden. Die Verfasser besprechen darin nach einigen zum Verständniss nöthigen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen die Messung und Darstellung der normalen und pathologischen Krümmungen der Wirbelsäule. Sie unterscheiden sagittale und laterale Verkrümmungen und schildern die pathologische Anatomie, die klinische Diagnostik und ihre Hilfsmittel und die einzelnen Formen des Leidens, sowie seine Behandlung, letztere in besonders ausführlicher und klarer Weise. Im Anschluss daran folgt die Besprechung der Deformitäten auf Grund destruktiver Prozesse der Wirbel, nämlich die tuberkulöse Spondylitis. Auch hier werden Frequenz und Aetiologie, Symptome, Verlauf und Behandlung beschrieben, speziell wird auf das Calot'sche Redressement näher eingegangen. Bezüglich dieses stehen die Verfasser auf dem jetzt wohl ganz allgemein eingenommenen Standpunkte, sie warnen vor jedem brüsken Vorgehen. Bedeutend kürzer werden die primären Thoraxdeformitäten, der Schiefhals und die Deformitäten der oberen und unteren Extremitäten abgehandelt, indessen findet man doch Alles, was zu einer raschen Orientirung nöthig ist. Die äusserst zahlreichen, schönen Abbildungen erleichtern in hohem Grade das Verständniss des Buches, dessen Lektüre angelegentlich zu empfehlen ist. Im Uebrigen haben sich die Verfasser in die Bearbeitung des Stoffes so getheilt, dass die Darstellung des allgemeinen Theils (mit Ausnahme der operativen Orthopädie) und der Deformitäten des Rumpfes von Schulthess, diejenigen der Deformitäten der Glieder (mit Ausnahme des Plattfusses) von Lüning stammt.

Hoffa-Würzburg.

Zur Besprechung eingegangen:

(Besprechung vorbehalten).

Verlag Richard Schoetz:

Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. Bearbeitet in der Medizinalabtheilung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. 632 S. u. 176 Tabellen. 18 M.

Verlag Ferdinand Enke:

Ostertag, Handbuch der Fleischbeschau. 4. Auflage. 805 S.
Krafft-Ebing, Psychosis menstrualis. 112 S.
Pfister, Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten. 376 S.
Gastpar, Die Behandlung Geisteskranker vor der Aufnahme in die Irrenanstalt.

Verlag Carl Marhold:

Näcke, Unterbringung geisteskranker Verbrecher. 55 S.
Möbius, Ueber den Kopfschmerz. 45 S.
Hoche, Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Samml. zwangl. Abh. Bd. III, Heft 6.
Kolb, Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, Lief. I.
Fischer, Christian Friedrich Wilhelm Roller. Zum Gedächtniss seines 100. Geburtstages. 40 S.

Verlag J. F. Lehmann:

Sobotta, Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie. 80 farb. Tafeln, 68 Textabbildungen. Bd. XXVI d. med. Handatl. 20 M.
Weygandt, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. 45 Bogen Text, 24 farbige Tafeln, ca. 280 Text-Abbildungen. Bd. XXVII der med. Handatlanten. 16 M.
Schäffer, Atlas und Grundriss der gynaecol. Operationslehre. 42 farbige Tafeln, 21 Text-Abbildungen. Bd. XXVIII d. med. Handatl. 12 M.

Verlag Seitz & Schauer.

Reiss, Signaletische Photographie (System Bertillon). Zwanglose Abhandl. a. d. G. d. medizinischen Photographie etc. Bd. IX, H. 1.

Verlag H. Kornfeld:

Fromme, Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. Berl. Klinik, H. 165. März 1902. 1.20 M.
Rapmund, Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige. Lieferung 5 und 6.

Verlag J. J. Heine:

Klatt, Körpermessung der Verbrecher nach Bertillon. 82 S. 2.80 M.

Verlag H. R. Dohrn:

Bloch, Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Teil I. 272 S. 7 M.

Verlag H. Hartung und Sohn:

Fränkel, Anatomische Vorträge. Teil I/II.

Traugott, Nervöse Schlaflosigkeit.
Schilling, Hygiene und Diätetik des Darms.

Verlag Hilmar Klasing:
Korn, Allgemeine Gewerbe-Hygiene. (Dr. jur. Hubertis prakt. gewerbl. Bibliothek.) 86 S. 2.80 M.

Verlag Liebelsche Buchhandlung:
Götze-Schindler, Taschenbuch für 1902 zum Gebrauch bei Handhabung der Versicherungsgesetze. 14. Jahrg. I. Teil 659 S., II. Teil 763 S. Zusammen 9 M.

Tagesgeschichte.

Eine bemerkenswerthe Anklage wegen fahrlässiger Tödtung gegen einen Arzt.

In Amiens wurde kürzlich ein namhafter Chirurg der fahrlässigen Tödtung angeklagt, weil nach einer von ihm vorgenommenen Operation die Kranke in Folge Zurücklassung einer Kompresse in der Bauchhöhle gestorben war.

Die französische Zeitschrift, der wir den Fall entnehmen, findet es unbegreiflich, dass irgend ein Bürger das Recht haben sollte, einen Operateur, der das Menschenmögliche für die Lebensrettung eines Patienten gethan hat, vor die Schranken des Gerichts zu ziehen. Das braucht nun doch wohl in dieser Verallgemeinerung auf den vorliegenden Fall nicht zutreffend zu sein. Gerade hier könnte sehr wohl eine fahrlässige Tödtung im Sinne unseres Gesetzes vorliegen, und es wäre interessant, die näheren Umstände des Prozesses zu kennen, da bekanntlich das Zurückbleiben einer Kompresse in der Bauchhöhle nicht gar so selten selbst den besten Operateuren passirt.

Unsres Erachtens ist der Operateur bei den grossen und schwierigen Eingriffen, um die es sich meist handelt, nicht dazu verpflichtet, das einzige gangbare Mittel, durch welches ein Zurückbleiben von Tampons sicher verhütet werden kann, nämlich das Zählen der verbrauchten Tampons während und nach der Operation, selbst auszuführen. Er hat an andere Dinge zu denken, die sich mit dem Behalten von Zahlen nicht vereinigen lassen. Die Pflicht des Nachzählens fällt irgend einer von dem Leiter des Eingriffs dazu bestimmten Person, gemeinhin wohl dem Assistenten oder der Schwester, der oder die die Instrumente und Verbandstoffe anreicht, zu.

Der Operateur selbst würde fahrlässig nur dann handeln, wenn er es versäumte, seine Gehilfen entsprechend zu belehren, oder wenn er es trotz des durch Zählung ermittelten Fehlens einer Kompresse unterliesse, die Wundhöhle mit peinlichster Genauigkeit abzusuchen.

Ist der Arzt genöthigt, gelegentlich mit unzureichend geübtem Personal zu arbeiten, von dem die nöthige Kaltblütigkeit und Sicherheit nicht zu verlangen ist, so gehört das Zurückbleiben einer Kompresse eben zu den unvermeidlichen Unglücksfällen, die nicht Objekt des Strafrichters sind.

Syphilis und Anfechtung der Ehe.

Gegenüber den Ausführungen Hellers, die wir in No. 3 dieses Jahrgangs referirten, stellt sich der Jurist Professor Ernst Heymann hierselbst auf einen etwas abweichenden Standpunkt. Seines Erachtens ist die Verheimlichung einer vor Jahren erworbenen, anscheinend geheilten Syphilis vor der Braut bezw. dem Bräutigam wohl ein zureichender Grund für spätere Anfechtung der Ehe. Erstens unterscheide sich Syphilis von andern Krankheiten wie Tuberkulose etc. sehr wesentlich dadurch, dass man bei ihr mit Sicherheit zu wissen pflegt, ob man sie erworben hat oder nicht. Zweitens gelte die Krankheit im Volke nun einmal als schimpflich, und es komme für den Richter auf den Werth dieser Volksauffassung nicht an, sondern nur auf ihr Vorhandensein. Drittens endlich werde es Fälle geben, in denen die Nicht-Offenbarung der überstandenen Syphilis in Verbindung mit anderen Umständen einen Rückschluss auf Unehrenhaftigkeit des Ehekandidaten gestatte, deren Kenntniss bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe die andere Partei von der Heirath abgehalten hätte.

Die Offenbarungspflicht besteht nach Heymann auch gegenüber dem gesetzlichen Vertreter eines minderjährigen Nupturienten. Zur Anfechtung der Ehe ist allerdings, wenn dieselbe geschlossen, nicht mehr der Vertreter, sondern nur der bisher vertretene Ehegatte selbst berechtigt. Dieser aber kann auch dann anfechten, wenn er selbst beim Eheschluss von der Krankheit unterrichtet war und nur in Folge der Nicht-Aufklärung des gesetzlichen Vertreters dessen besonderen Schutzes entbehrte.

Endlich meint Heymann, dass auch die Scheidung durch das Bestehen der Syphilis gerechtfertigt ist, denn wer als Syphilitischer ohne Offenbarung der Krankheit ehelichen Verkehr ausübe, begehe zweifellos eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten, selbst wenn ihm beispielsweise der begangene Ehebruch verziehen sei, oder wenn er die Syphilis nicht genital erworben habe.

Die Bedeutung der Syphilis im Eherecht sei also eine noch viel grössere, als Heller angenommen habe. Und dies sei berechtigt. Die Zurückweisung des Erkranktgewesenen vom Familienleben diene — so schwer sie ihn treffe — den lebenskräftigsten Interessen der Nation.

Enthalten unrichtige Angaben eines versicherten Arbeiters im Unfallstreitverfahren über seine thatsächliche derzeitige Arbeitsthätigkeit den Thatbestand des Betrugsversuchs im Sinne des § 263 des Strafgesetzbuchs?

In einem Falle, in welchem ein Arbeiter im Schiedsgerichtsverfahren derartige nachweislich unwahre Behauptungen aufgestellt hatte, war auf Klage der Berufsgenossenschaft vom Oberlandesgericht in Hamm die Einleitung des Strafverfahrens angeordnet worden. Das Landgericht in Dortmund folgte dieser Anordnung, sprach aber den Angeklagten mit folgender Begründung frei:

Wie das Reichsgericht in konstanter Praxis angenommen hat, fallen einseitige, durch keinerlei die richterliche Ueberzeugung beeinflussende Beweismittel unterstützte Parteibehauptungen in einem vor den Zivilrichtern anhängigen Rechtsstreite nicht unter den Begriff der Vorspiegelung falscher Thatsachen (vergl. Entscheidung des Reichsgerichts Bd. 5 Bl. 321, Bd. 20 Bl. 391, Bd. 29 Bl. 291, Bd. 32 Bl. 1, Rechtsprechung des Reichsgerichts Bd. 9 Bl. 441). „Der Zivilrichter schenkt den einseitigen Behauptungen als solchen keinen Glauben, sondern nur denjenigen, welche vom Gegner im kontradiktorischen Verfahren nicht bestritten, oder welche bewiesen sind. Der Zivilrichter kann daher auch nicht durch solche einseitige Parteibehauptungen getäuscht werden. Täuschung des Richters ist nur möglich, wenn die Falsches wissentlich behauptende Partei dem unwahren Vorbringen durch Beweismittel den Anschein der Wahrheit giebt, und der Richter bei Prüfung dieses Beweismittels zu der Ueberzeugung gelangt, das Unwahre sei wahr.“ (Reichsgericht Bd. 20 S. 391.) Lässt sich der Zivilrichter durch ein in keiner Weise bescheinigtes oder bewiesenes einseitiges Parteivorbringen bewegen, eine für den Gegner eine Vermögens-

beschädigung im Gefolge habende Entscheidung zu treffen, so ist diese Vermögensbeschädigung nicht durch die Täuschung, sondern durch die Pflichtvernachlässigung des Richters verursacht.

Diese Ausführungen treffen aber in gleicher Weise zu für das einseitige Parteivorbringen in einem vor dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung anhängigen Verfahren, und zwar um so mehr, als nach § 17 Abs. 1 der Schiedsgerichtsordnung vom 22. November 1900 das Schiedsgericht den zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Beweis im vollen Umfange zu erheben hat, ohne Rücksicht darauf, ob dieser Beweis von den Parteien angetreten ist oder nicht. Das Schiedsgericht hatte die Pflicht, von Amtswegen zu ermitteln nnd festzustellen, ob und in welchem Grade eine verminderte Erwerbsfähigkeit des Angeklagten in Folge des Unfalles vom 24. Januar 1900 noch bestand, die einseitige Angabe des Angeklagten über die Höhe seines Arbeitsverdienstes hatte keine prozessuale Bedeutung, durch sie konnte das Gericht nicht getäuscht werden.

Das Letztere konnte um so weniger eintreten, als in der Sitzung des Schiedsgerichts vom 15. Januar 1901, in welcher auch die Knappschafts - Berufsgenossenschaft vertreten war, bereits eine Auskunft der Zeche Kaiserstuhl II über die durchschnittliche Höhe des Schichtlohns des Angeklagten vorlag. Es kann deshalb in dem Verhalten des Angeklagten, den falschen Angaben in der Berufungsschrift und dem unwahren Vorbringen in der Sitzung des Schiedsgerichts am 15. Januar 1901 eine Vorspiegelung falscher Thatsachen nicht gefunden werden, weshalb die Freisprechung von der Beschuldigung des Vergehens gegen § 263 Strafgesetzbuches zu erfolgen hatte.

Hierzu führt der „Compass“ aus:

„Wir bemerken zu dieser Entscheidung, dass sie sich in Widerspruch setzt zu dem Beschluss des Oberlandesgerichts, das offenbar sich der Rechtsauffassung der Berufsgenossenschaft angeschlossen hatte. Wir halten die Gleichstellung des ordentlichen Zivilverfahrens mit dem Verfahren vor den Instanzen der Unfallversicherung in der angegebenen Richtung für verfehlt und unter Umständen verhängnissvoll. Denn, wenn die Rentensucher straflos selbst wider besseres Wissen völlig unwahre Behauptungen aufstellen dürfen, so wird die nothwendige, durchaus nicht im Interesse der Rentensucher liegende Folge die sein, dass dem Moment der Glaubwürdigkeit, das bekanntlich im Verfahren vor den Instanzen der Unfallversicherung ein ausserordentlich grosses Anwendungsgebiet hat, in Zukunft nur noch eine untergeordnete Bedeutung beigemessen werden kann.“

Die letztere Annahme können wir, so bedauerlich auch sicher die Nicht - Strafbarkeit einer moralisch verwerflichen Lüge erscheinen muss, nicht recht theilen.

Die grosse Rolle, die die Glaubwürdigkeit des Versicherten im Unfallstreitverfahren spielt, hat doch auch bisher nicht darin bestanden, dass man die Mittheilungen jedes Versicherten auf Treu und Glauben hinzunehmen pflegte, sondern darin, dass man Leute, die auf dem Gebiete kontrolirbarer Thatsachen ihre Zuverlässigkeit nachgewiesen hatten, auch in minder genau zu prüfenden Dingen für glaubwürdig hielt, und dass man auf Grund sicherer Thatsachen und Befunde gewissen Beschwerden der Verletzten Glauben beimass. Das Moment der Glaubwürdigkeit in diesem Sinne kann seine Bedeutung nie einbüssen. Wenn dagegen dieses Moment auch gegenüber Thatsachen zur Geltung gebracht wird, die sich auf anderem Wege mit positiver Sicherheit ermitteln liessen — z. B. in Bezug auf Arbeitslohn, Arbeitspausen u. dgl. — so ist dies eine Bequemlichkeit, deren Aufgaben dem wirklichen Interesse der Rentenbewerber gar nicht widersprechen würde. Die ärztlichen Sachverständigen würden es nur freudig begrüssen können, wenn sie denjenigen Theil des Thatsachenmaterials, den sie nicht selbst ermitteln können, in den Akten immer vorfänden, statt sich mit Angaben der Verletzten begnügen zu müssen.

Die Entscheidung des Landgerichts zu Dortmund sollte eine Mahnung für die Behörden sein, den Gutachtern stets ein möglichst sorgfältig ermitteltes Thatsachenmaterial zur Verfügung zu stellen, und eine Mahnung für die Sachverständigen, möglichst nur auf ein solches Thatsachenmaterial ihre Gutachten zu gründen.

Verein für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung.

Um die Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung in möglichst enge Fühlung mit der Praxis zu bringen, hat sich vor Kurzem ein Verein für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung gebildet, dem zunächst 12 technische und industrielle Vereinigungen und 47 deutsche Städte beigetreten sind. Der Verein stellt sich die Aufgabe, die Versuchs- und Prüfungsanstalt in ihren Arbeiten zu unterstützen und hat ihr zu diesem Zweck auf fünf Jahre einen jährlichen Beitrag von 45 000 Mark zur Verfügung gestellt. Dem Vorstand des Vereins, der aus sechs Vertretern der industriellen Gruppe und sieben Vertretern der Städte besteht, liegt es ob, gemeinschaftlich mit dem Vorstand der Königl. Prüfungsanstalt das Programm für die Arbeiten der letzteren festzustellen, Sachverständige zu delegiren und die erforderlichen Mittel für die einzelnen Aufgaben zu bewilligen. Dieser engere Zusammenschluss der interessirten Kreise hat weiterhin dazu geführt, dass eine Anzahl der leitenden Firmen, die sich mit der Projektirung von Wasserversorgung- und Entwässerungsanlagen beschäftigen, zu einem Ingenieurverein für Gesundheitswerke zusammengetreten sind, zu dem Zweck, die Interessen seiner Mitglieder zu vertreten, die Arbeiten der Königl. Prüfungsanstalt zu unterstützen und bei diesen Arbeiten seine Ansicht zur Geltung zu bringen. Es darf erwartet werden, dass dieses Zusammenarbeiten die Aufgaben der Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung fördern und die vielen auf diesem Gebiet vorliegenden Fragen ihrer Lösung entgegenbringen wird. E. R.

II. Internationaler Kongress für die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten.

Das permanente Komitee der internationalen Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe stellt für den 2. Kongress, der am 2. September 1902 stattfinden wird, folgendes Programm auf:

I. Oeffentliche Prophylaxe. Vorausgesetzt, dass der Staat einerseits die Pflicht hat, die Gesellschaft gegen die Ausdehnung aller ansteckenden Krankheiten, die durch ihre Häufigkeit und durch die Leichtigkeit, mit der sie sich verbreiten, eine öffentliche Gefahr bieten, zu schützen, und dass er andererseits ausser dem sanitären Gesichtspunkt die Aufgabe hat, die von ihrer Familie verlassenen Minderjährigen zu beschützen;

A. — Welche allgemein - prophylaktischen Massnahmen und zwar in Form von gesetzlichen Bestimmungen sind zu ergreifen.

a) Mit Bezug auf die Prostitution und zwar:

1. betreffs der Prostitution der Minderjährigen;

2. im Interesse der Moralität und der öffentlichen Ruhe, wie der öffentlichen Gesundheitspflege;

3. Gegen das Kuppler- und Zuhälterwesen.

b) Ausserhalb der Prostitution und zwar:

1. betreffend den Schutz der Minderjährigen beider Geschlechter;

2. mit Bezug auf eine Organisation einer kostenlosen Behandlung und Pflege venerisch Kranker aus öffentlichen Mitteln; Einrichtung von Versicherungs-Anstalten und Krankenkassen;

3. betreffend die Beaufsichtigung des Ammenwesens; — die Ansteckung durch Hebammen und Wärterinnen; — die Vaccination; — die Ansteckung in Werkstätten, Fabriken, Ateliers u. s. w., durch Vermittlung von Werkzeugen; — die Stellen-Vermittlungs-Bureaus; Beaufsichtigung der Geschäfts- und Wohnräume u. s. w.

B. — Erscheint es geeignet, die Uebertragung einer venerischen Krankheit nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich zu verfolgen bezw. zu bestrafen?

II. Individuelle Prophylaxe. Wenn wir davon ausgehen, dass ebenso wie die staatlichen und öffentlichen Behörden prophylaktische Massregeln gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten zu ergreifen haben, auch die einzelnen Individuen die Verpflichtung haben, an diesen Bestrebungen sich zu betheiligen und zwar die Gesunden, indem sie jede Berührung mit verdächtigen oder bereits infizirten Personen oder Gegenständen vermeiden, die bereits Kranken, indem sie ihrerseits alles vermeiden, was eine Uebertragung auf Andere ermöglichen könnte:

1. Welche Mittel kann man anwenden, um die dazu nothwendigen Kenntnisse unter dem Publikum im allgemeinen und besonders unter der Jugend betreffs der individuellen und allgemeinen Gefahr der venerischen Krankheiten und über die direkten und indirekten Ansteckungsweisen derselben zu verbreiten?

2. Auf welche Weise kann man am leichtesten die individuelle Prophylaxe durch Einrichtung von Heil-, Behandlungs- und Pflegestätten, und zwar für Personen beiderlei Geschlechts, in die Wege leiten?

III. Statistik. Welches sind die gleichmässigen Grundlagen, auf welchen eine für alle Länder brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten ermöglicht würde?

IV. Angemeldete Mittheilungen. Entsprechend dem Beschluss der 1. Konferenz können, mit Zustimmung des Komitees auch Mittheilungen, welche nicht in unmittelbaren Zusammenhang mit dem vom Komitee aufgestellten Programm stehen, zum Vortrag gebracht und zur Diskussion gestellt werden.

Alle diese Vorträge werden in einer besonderen Sitzung, soweit die Zeit reicht, zur Verhandlung gelangen.

Einunddreissigster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Für den vom 2.—5. April im Langenbeckhause zu Berlin stattfindenden Kongress sind bisher folgende Vorträge angemeldet:

a) Zur Wundbehandlung:

1. Herr v. Bruns: Der erste Verband auf dem Schlachtfelde, als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema.
2. Herr Honsell: Ueber aseptischen und antiseptischen Salben- und Pastenverband.
3. Herr Borchardt: Dampfsterilisation der Verbandstoffe.
4. Herr Tavel: Ueber die Wirkung des Antistreptokokkenserum.
5. Herr Küttner: Diagnostische Blutuntersuchung bei chirurgischer Eiterung.
6. Herr Völker: Behandlung der Frakturen mit primärer Knochennaht.
7. Herr Sultan: Ueber die Einpflanzung von todten Knochen in indifferente Weichtheile allein oder in Berührung mit lebendem Periost.

b) Zur Krebsfrage:

8. Herr Gussenbauer: Histiogenese der Krebse.
9. Herr Petersen: Ueber Carcinomrecidiv und Carcinomheilung.
10. Herr v. Mikulicz: Behandlung der Darmcarcinome.

c) Zur Pathogenese und Behandlung der Perityphlitis und Peritonitis.

11. Herr Körte: Bericht über 58 Operationen subphrenischer Abscesse.
12. Herr Rehn: Behandlung infektiös eitriger Herde im Peritonealraum.
13. Herr Sprengel: Neue Erfahrungen über Appendicitis und Behandlung der Peritonitis.
14. Herr Roux: Zur Perityphlitisfrage.
15. Herr Sonnenburg: Ueber Lungenkomplikationen bei Appendicitis.

d) Zur Unterleibschirurgie.

16. Herr Bunge: Die Talma'sche Operation.
17. Herr Ehrhardt: Ueber Leberwunden.
18. Herr Sprengel: Ueber Thrombosen im Gebiet der Arteria mesenterica.
19. Herr v. Eiselsberg: Die Colopexie.
20. Herr Payr: Ueber erworbene Darmdivertikel.
21. Derselbe: Mechanik der Stieldrehung bei inneren Organen.
22. Herr Graser: Ueber Brüche-Einklemmung des Wurmfortsatzes.
23. Derselbe: Anomalien des Mesenterium.
24. Herr Tavel: Behandlung der Neuralgie der Geschlechtstheile.
25. Herr de Quervain: Bedeutung des Ulcus für die Magenkrebsentwicklung.

e) Varia:

26. Herr König (Berlin): Chirurgie und Orthopädie.
27. Herr Kausch: Der Diabetes in der Chirurgie.
28. Herr Lexer: Ungewöhnliche Cysten am Halse.
29. Herr de Quervain: Die akute nicht eitrige Strumitis.
30. Herr Küttner: Die geographische Verbreitung der Blasensteinkrankheit spez. in Württemberg.
31. Herr Heussner: Dauererfolge bei Streckung der Kniegelenkskontraktur mit Sehnenüberpflanzung.

20. Kongress für Innere Medizin.

Wiesbaden, 15. bis 18. April.

Als Hauptthemen sind aufgestellt:

I. Diagnose und Therapie des Magengeschwürs. Referenten: Herr Ewald (Berlin) und Herr Fleiner (Heidelberg).

II. Lichttherapie. Referent: Herr Bie (Kopenhagen).

Aus der Reihe der angemeldeten Vorträge heben wir folgende hervor, die für unsere Leser von besonderem Interesse sein möchten.

Ad. Schmidt (Bonn): Zur Pathogenese des Magengeschwüres.

von Criegern (Leipzig): Ueber eine gewerbliche Vergiftung bei der Rauchwaarenfärbung mit Paraphenyldiaminpräparaten, welche unter dem klinischen Bilde eines Bronchialasthmas verläuft.

Oskar Kohnstamm (Königstein i. T.): Die Leitungsbahn des Temperatur- und Schmerzsinnes.

W. Scholz (Graz): Zur Lehre vom Kretinismus.

H. v. Schrötter jr. (Wien): Ueber Veränderungen des Rückenmarkes bei Pemphigus und Aetiologie dieser Erkrankung.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. — № 8. — Ausgegeben am 15. April.

Inhalt:

Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Bonn, Direktor Geheimrath Prof. Dr. Schultze.

Zur Beurtheilung des Zusammenhangs zwischen multipler Sklerose und Trauma.

Von
Dr. H. Stursberg,
Assistenzarzt der Poliklinik.

Windscheid hat vor Kurzem in dieser Zeitschrift*) über einen Kranken berichtet, dessen Leiden er als multiple Sklerose deutet und auf eine Verletzung als ursächliches Moment zurückführt. Angeregt durch diese Mittheilung, möchte ich im Folgenden kurz 3 Fälle dieser Erkrankung besprechen, die auf Unfälle zurückgeführt wurden und im Laufe des vorigen Jahres in der Bonner medizinischen Klinik zur Beobachtung und Begutachtung kamen. Sie bieten bezüglich der Vorgeschichte eigenthümliche Verhältnisse, vermöge deren sie für die Beurtheilung des Zusammenhanges der herdförmigen Verhärtung mit Traumen ein gewisses Interesse beanspruchen können.

Im ersten Falle handelte es sich um den 37jährigen Dreher L., aufgenommen am 12. April 1901. Seiner Angabe nach stammt er aus gesunder Familie, ist verheirathet, Vater von 4 gesunden Kindern. Er behauptet auf das Bestimmteste, früher, abgesehen von einer Eiterung am linken kleinen Finger, nie krank gewesen zu sein. Am 3. Februar 1900 stürzte er angeblich in Folge Abgleitens eines Schraubenschlüssels bei der Arbeit an der Drehbank hinterrücks zu Boden und schlug mit dem Hinterkopfe auf einen Eisenblock auf. Er habe sich dabei eine stark blutende Kopfwunde zugezogen, sei 2—3 Minuten lang bewusstlos und 5 Wochen (nach den Akten nur 3 Wochen) wegen der Kopfwunde und wegen Bestehens von Kopfschmerzen und Schwindel arbeitsunfähig gewesen. Nach Wiederaufnahme seiner Thätigkeit befiel ihn plötzlich während einer Eisenbahnfahrt um Mitte April desselben Jahres ein so heftiges Schwindelgefühl und eine derartige „Steifheit“ in den Beinen, dass er nicht allein gehen konnte. Nach eintägiger Schonung trat Besserung ein, völlig verschwanden aber die Beschwerden nicht mehr. Am 6. September 1900 zwangen zunehmendes Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen und Doppeltsehen ihn zum Niederlegen der Arbeit. Eine Inunktionskur, welche im Krankenhaus mit ihm vorgenommen wurde, blieb ohne Erfolg.

*) 1902, Heft 1. Vergl. übrigens betr. der Diagnose des dort mitgetheilten Falles: Kaplan-Finkelnburg, Anatomischer Befund bei traumatischer Psychose mit Bulbärerscheinungen etc. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1900, S. 210ff.

Bei der Aufnahme klagte L. über Kopfschmerzen, Schwindel, Steifigkeit in den Beinen, Doppeltsehen beim Blick nach rechts, über des Nachts auftretende blitzartige Zuckungen durch den ganzen Körper und über schlechten Schlaf. Beim Wasserlassen und bei der Stuhlentleerung bestanden keine Beschwerden.

Der Untersuchte ist ein ziemlich kräftig gebauter und gut genährter Mann. Neben einer oberflächlichen Narbe am linken Unterschenkel und einer narbigen Verkrümmung des kleinen Fingers der linken Hand findet sich am Hinterkopfe links etwas unterhalb der Lambdanaht eine kleine, oberflächliche, gut verschiebliche, angeblich druckempfindliche Narbe, die von dem in Frage stehenden Unfalle herrühren soll.

Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane sind nicht nachweisbar.

Die Kniereflexe sind beiderseits erheblich gesteigert, beiderseits besteht sehr lebhafter Patellar- und Fussklonus. Fusssohlenreflexe ziemlich lebhaft, Plantarflexion der Zehen. Cremasterreflexe sehr schwach, Bauchreflexe nicht deutlich nachzuweisen. Auch die Armreflexe sind gesteigert, auf beiden Seiten sehr lebhafter Ulnareflex und Reflexzuckungen beim Beklopfen der Handwurzelknochen. Kinnreflex lebhaft. Hornhautreflex links normal, rechts etwas herabgesetzt.

Die Sehfähigkeit des linken Auges soll wesentlich schlechter sein als die des rechten; dem entspricht der Augenspiegelbefund*), der links Atrophie der Papille, rechts vielleicht etwas blassere Farbe derselben erkennen lässt. Ausserdem besteht auf beiden Augen Chorioiditis disseminata. Pupillen ohne Besonderheiten. Beim Blick nach aussen ziemlich lebhafter, feinschlägiger Nystagmus. Die rechte Nasolabialfalte ist etwas verstrichen, der rechte Mundwinkel bleibt beim Zähnezeigen etwas zurück. Im Uebrigen sind die Gehirnnerven frei von Störungen; die Sprache ist regelrecht.

Die Kraft der Arme und Beine ist gut erhalten. In den Letzteren geringe, aber deutliche Spasmen; keine Ataxie. An den Händen Intentionstremor angedeutet. Gang deutlich spastisch. Starkes Romberg'sches Phänomen.

Sensibilität intakt.

Keine psychischen Abnormitäten.

Auf Grund dieses Befundes waren wir wohl berechtigt, die Diagnose auf „herdförmige Verhärtung des Gehirns und Rückenmarks" zu stellen. Wenn auch der Unfall nicht allzu schwer war, so lag doch die Vermuthung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen ihm und dem zentralen Leiden nahe, und wir konnten daher in unserem Gutachten einerseits nicht völlig ausschliessen, dass das Trauma bei vorhandener Disposition vielleicht die Rolle eines auslösenden Momentes gespielt haben könnte, andererseits schien es uns aber mindestens ebenso wahrscheinlich, dass das Leiden schon vorher bestand, und dass der Unfall sogar möglicherweise als Folge eines durch die zentralen Veränderungen bedingten Schwindel- oder Schwächeanfalls aufzufassen war, ähnlich demjenigen, welchen der Kranke im April 1900 durchmachte.

Ein Hinweis hierauf veranlasste Nachforschungen seitens der Krankenkasse und diese ergaben, dass L., abgesehen von einigen anderen Erkrankungen, im Jahre 1889 4 Wochen lang an „akuter (spinaler) Lähmung" gelitten hatte. Wenn nun auch seitens des Arztes, welcher ihn in den letzten Jahren behandelte, Anzeichen eines Nervenleidens nicht beobachtet wurden, so glaubten wir doch, die damalige Erkrankung als erste Aeusserung der multiplen Sklerose auffassen und einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Verletzung und dem Leiden in Abrede stellen zu müssen, zumal jetzt die Glaubwürdigkeit des Untersuchten in etwas zweifelhaftem Licht erschien. Auch eine Verschlimmerung des Zustandes wesentlicher und dauernder Art in Folge des Unfalles konnten wir mit Rücksicht auf das weite Zurückliegen der ersten Erscheinungen nicht als besonders wahrscheinlich gelten lassen, vielmehr mussten wir zugeben, dass in Anbetracht des progressiven Charakters der multiplen Sklerose wahrscheinlich auch ohne die nicht allzu schwere Verletzung die Entwickelung des Leidens den gleichen Verlauf genommen hätte.

*) Die Augenbefunde wurden durch Herrn Privatdozent Dr. Hummelsheim kontrolirt.

Aehnliche Verhältnisse bot der zweite Fall, dessen Krankengeschichte ich vorausschicke.

Der unverheirathete, 32jährige Tagelöhner W. aus T. wurde am 11. April 1901 auf Freibett in die Klinik aufgenommen. Seine Mutter ist angeblich wegen Brustleidens seit 4 Jahren bettlägerig, Vater und Geschwister sind gesund. Abgesehen von mehrfach aufgetretenen Hautausschlägen (Ekzem) war W. bis zum Jahre 1896 nicht krank. Damals wurde er längere Zeit wegen eines Augenleidens behandelt, der Arzt habe von „Sehnerven-Entzündung" gesprochen. Im Juni 1899 sei ihm ein schwerer Stein aus etwa 1 m Höhe auf den Kopf gefallen; eine wenige Minuten andauernde Bewusstlosigkeit sei die Folge gewesen, eine halbe Stunde später habe er wieder arbeiten können. Am folgenden Tage sei ein „Brennen" im linken Auge aufgetreten, welches nach ein paar Tagen wieder vorüberging. 4—6 Wochen nach dem Unfall bekam er plötzlich nach 2—3 stündiger Arbeit ein „stumpfes, spannendes" Gefühl in den Beinen, welches sich bis Mitte Oktober 1899 so verschlimmerte, dass er seine Beschäftigung aufgeben musste. Um diese Zeit bemerkte er auch ein „spannendes Gefühl" im Kreuz und im Leib und Beschwerden beim Wasserlassen; anfangs war bei der Entleerung stärkeres Pressen nothwendig, während später das Zurückhalten nach Verspüren des Dranges Schwierigkeiten machte. In den letzten Monaten bemerkte er ein „taubes Gefühl" in den Händen und eine Behinderung der Sprache. Das Sehvermögen nahm ab.

Die Untersuchung ergiebt einen ziemlich grossen, mässig genährten Mann, dessen Brust- und Bauchorgane keine krankhaften Veränderungen erkennen lassen. Am linken Unterarm leichter ekzematöser Hautausschlag.

Der Kniereflex ist rechts beim Beklopfen der Sehne gesteigert, links mittelstark, beiderseits nicht von abnormen Stellen auslösbar.

Rechts besteht ziemlich lebhafter Fussklonus; links mittelstarker Achillessehnenreflex, kein Klonus. Radius- und Tricepsreflexe sind beiderseits mittelstark; links schwacher, rechts deutlicher Ulnareflex. Fusssohlenreflex vorhanden, kein Babinski. Cremaster- und Bauchreflexe fehlen.

Die Pupillen erscheinen ziemlich weit, rechts > links, Lichtreaktion vorhanden, aber wenig ausgiebig. Beim Blick nach aussen sehr deutlicher Nystagmus. Ophthalmoskopisch ist die linke Papille etwas grau, die rechte etwas blass gefärbt, bei letzterer ist die temporale Hälfte blasser als die nasale. Sprache etwas langsam und monoton.

Die Kraft der Arme ist gut erhalten, links etwas schwächer als rechts. Deutlicher Intentionstremor. In beiden Beinen bestehen erhebliche Paresen, besonders ausgesprochen in der Peroneusmuskulatur. Keine deutlichen Spasmen.

Die Sensibilität ist am rechten Unterschenkel, weniger am rechten Oberschenkel und in der rechten Unterbauchgegend gestört; Berührungen werden stellenweise nicht empfunden, „spitz" und „stumpf" nicht deutlich unterschieden und die Schmerzempfindung erscheint herabgesetzt. Das Lagegefühl ist an den Beinen stark gestört. Im Uebrigen regelrechtes Verhalten der Sensibilität.

Betreffs dieses Kranken wurde die Klinik nach seiner Entlassung um ein Gutachten angegangen, da er inzwischen Ansprüche auf eine Unfallrente erhoben hatte. Aus den Akten der Berufsgenossenschaft ergab sich, dass Dr. Sch., welcher den W. im Jahre 1896 behandelte, bereits damals die Augenerkrankung als Anzeichen einer centralen Störung aufgefasst hatte, weil er gleichzeitig Herabsetzung der Pupillen- und Kniereflexe feststellen konnte. Ausserdem findet sich eine Bemerkung, dass W. 1894 wegen „allgemeiner Schwäche der Glieder" gefeiert habe, eine Angabe, die sich vielleicht auch schon auf das beginnende nervöse Leiden beziehen lässt.

Unter diesen Umständen konnte selbstverständlich auch hier der Unfall nicht als Entstehungsursache der multiplen

Sklerose angesprochen werden, wir konnten aber auch eine Verschlimmerung wesentlicher und dauernder Art durch die Verletzung, zumal diese verhältnissmässig geringfügig gewesen zu sein scheint und ausserdem nur den Kopf betroffen hatte, nicht als wahrscheinlich bezeichnen. Schwieriger würde voraussichtlich die Beurtheilung gewesen sein, wenn uns W. bereits als Rentenbewerber überwiesen worden wäre, da wir dann wie beim Fall I durch ihn selbst wohl keine Mittheilung von der früheren Erkrankung bekommen hätten. Falls auch die Berufsgenossenschaft durch Zufall ohne Kenntniss davon geblieben wäre, hätte sich wohl leicht auch bei diesem Kranken ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Sklerose konstruiren lassen.

Fall III wurde auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes von Herrn Geheimrath Schultze und Professor A. Schmidt begutachtet.

Der 60 Jahre alte Aufseher P. M. aus M., am 11. November 1901 in die Klinik aufgenommen, war angeblich früher stets gesund, hat zwei Feldzüge mitgemacht und will früher nie gezittert oder an Gehstörungen gelitten haben. Potus wird geleugnet.

Am 4. Dezember 1899 stürzte er von einem Gerüste; im Anschlusse daran trat Bewusstlosigkeit ein. Auf welchen Körpertheil er fiel, ist nicht bestimmt festzustellen, wahrscheinlich auf die rechte Seite. Neben Verletzungen im Gesicht und an den Unterschenkeln erlitt er zwei Rippenbrüche rechterseits. Er klagt über Erschwerung des Gehens, über beständiges Zittern an Händen und Füssen, über Störungen des Gesichts und Gehörs, ausserdem über Beschwerden, die sich auf die Organe der Brust- und Bauchhöhle beziehen. Da der Befund der letzteren für die Beurtheilung der nervösen Störungen ohne Belang ist, lasse ich ihn unberücksichtigt. Die Untersuchung des Nervensystems ergab Folgendes:

Sämmtliche Sehnenreflexe an Armen und Beinen sind gesteigert, zeitweise besteht Patellar- und Fussklonus. Von den Hautreflexen fehlt der Bauchdeckenreflex. Die Pupillen sind gleichweit, reagiren gut auf Lichteinfall und Akkomodation. Keine Störungen der Augenbewegungen, kein Nystagmus. Abgesehen von Presbyopie bietet der Augenbefund nichts Abweichendes. Die Hörschärfe ist beiderseits herabgesetzt; Herr Privatdozent Dr. Eschweiler stellte beiderseits getrübte Trommelfelle fest und nimmt ausserdem auf Grund der Stimmgabelprüfung an, dass der schallempfindende Theil des Gehörorganes nicht intakt ist. Erkrankungen der übrigen Gehirnnerven bestehen nicht. Die Muskulatur des Stammes und der Extremitäten ist überall gut entwickelt und genügend kräftig. Der Umfang des linken Unterschenkels beträgt 3 cm weniger als der des rechten, sonst sind keine Differenzen zwischen beiden Seiten erkennbar. Die Spannung der Muskulatur ist erhöht.

Der Gang ist spastisch, jedoch in etwas eigenartiger, mit Wackeln verbundener Weise; die Fussspitzen und die äusseren Fussränder werden dabei über den Boden geschleift.

An den Händen, weniger in den Füssen und am Kopfe besteht ein beständiges, mässig schnellschlägiges Zittern, welches bei ruhiger Lage nachlässt und bei Bewegungen stärker wird, ohne jedoch den Charakter des Intentionstremors anzunehmen. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit wird dasselbe, ebenso wie die Störung des Ganges, zweifellos geringer, verliert sich aber nicht ganz.

Die Sensibilität ist nicht beeinträchtigt, ebensowenig die Harnentleerung.

In diesem Falle ist die Diagnose nicht mit solcher Bestimmtheit zu stellen, wie in den beiden anderen, jedoch lässt sich in Uebereinstimmung mit Herrn Professor Dinkler-Aachen, welcher den Kranken früher begutachtete, wohl annehmen, dass „höchst wahrscheinlich eine Rückenmarkserkrankung vorliegt, welche hauptsächlich die Pyrmidenbahnen betheiligt“, und dass es sich vermuthlich um multiple Sklerose handelt. Dass das Leiden seine Entstehung dem Unfalle verdanke, konnte nicht als wahrscheinlich bezeichnet werden, dagegen musste mit Rücksicht auf die Schwere der Erschütterung eine Beschleunigung seiner Entwickelung durch ihn als möglich zugegeben werden.

Wie bereits erwähnt, bestritt M. das Vorhandensein von Krankheitserscheinungen in früherer Zeit, dagegen enthalten die Akten eine Mittheilung von Dr. W., wonach in dem Heimathsorte des Untersuchten allgemein bekannt sei, dass er schon früher gezittert habe und schlecht gegangen sei. Ob weitere Nachforschungen deshalb angestellt wurden, entzieht sich bisher unserer Kenntniss. —

Diese Beobachtungen mahnen doch wohl hinsichtlich der Annahme eines traumatischen Ursprungs der multiplen Sklerose zur Vorsicht und sie bestärken uns wesentlich in der Anschauung, dass manche angeblich auf Verletzungen zurückzuführende Fälle durch eine genaue Erforschung der Vorgeschichte als bereits früher bestehend erwiesen werden können, und dass deswegen die Anamnese sich ebenso wie bei Rentenbewerbern auch bei anderen Kranken nicht nur auf subjektive Angaben stützen darf, die ja auch einmal aus irgendwelchen Gründen, z. B. infolge Gedächtnissschwäche in späteren Stadien der Erkrankung, unzuverlässig sein können.

Vielmehr halten wir besondere Erhebungen in jedem Falle für unbedingt nothwendig und glauben, dass bei Berücksichtigung dieser Forderung die Zahl der auf äussere Gewalteinwirkungen zurückzuführenden Sklerosen noch erheblich geringer werden wird.

Allerdings wird noch eine grössere Reihe von Kranken übrig bleiben, bei denen eine Verschlimmerung durch einen Unfall zuzugeben ist. Eine solche darf aber unseres Erachtens nur dann angenommen werden, wenn das ganze zentrale Nervensystem von einer erheblichen Erschütterung betroffen wurde, wie in unserem dritten Falle anerkannt werden musste. Wir glauben dagegen nicht, dass z. B. eine lokale Einwirkung auf den Kopf einen wesentlichen Einfluss auf Rückenmarksherde haben oder gar die Entstehung von solchen veranlassen kann. Auch die Hypothese Gussenbauer's, welcher eine Fortleitung der Erschütterung durch die Cerebrospinalflüssigkeit annimmt, vermag uns einen derartigen Zusammenhang nicht wahrscheinlich zu machen. —

Herrn Geheimrath Schultze, meinem hochverehrten Chef, spreche ich für die Ueberlassung des Materials, sowie für die gütige Durchsicht des Aufsatzes meinen ergebensten Dank aus.

Aus dem Stadtspital zu Banjaluka (Bosnien).

Zur Frage der traumatischen Neurosen.

Von
Dr. Ignaz Knotz,
Leiter des Spitales.

Nach Verletzungen oder Erschütterungen des Körpers, manchmal nach einem überstandenen Schrecken oder grösserer Angst, also einer seelischen Erschütterung, meist aber durch beide Faktoren gleichzeitig werden bekanntlich eine Reihe von „funktionellen“ Nervenstörungen hervorgerufen, welche entweder vorwiegend das Bild der Hysterie, der Hypochondrie, Neurasthenie oder einer einfachen Psychose, am häufigsten aber einer Mischform dieser Leiden darbieten und trotz allen Einwürfen auch heute noch als „traumatische Neurosen“ (Oppenheim) bezeichnet werden. Der ehemals hochgehende, oft erbittert geführte Kampf um Namen und Wesen dieser Leiden ist vielfach einer ruhigeren Auffassung gewichen.

Aber auch die neueste Arbeit über dieses Thema*) beleuchtet noch eine Menge strittiger Punkte und widmet namentlich der Frage einen breiten Raum, welchen Antheil Simu-

*) Dr. L. Bruns-Hannover, Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen. Nothnagels Spec. Path. u. Ther. XII. I. 4. Wien Hölder. 1901.

lation und Uebertreibung an dem Krankheitsbilde haben. Da dürften denn drei Fälle „traumatischer Neurosen", die sich, völlig unbeeinflusst von anderen Ursachen, lediglich aus dem Unfall heraus entwickelt haben, für den Gerichts- und Unfallsarzt nicht ohne Interesse sein.

Bevor ich über diese Fälle kurz berichte, möchte ich eine Bemerkung vorausschicken, die sich dem Kenner hiesiger Verhältnisse unabweislich aufdrängt, wenn er die neuerdings besonders in Deutschland wiederholt aufgetauchte Behauptung vernimmt, die „traumatischen Neurosen" seien meistens auf dem Boden der Unfallversicherungs-Gesetzgebung entstanden, ja durch dieselbe geradezu gezüchtet worden.

Diese Hypothese auf ihre Giltigkeit für deutsche Verhältnisse nachprüfen zu wollen, liegt mir völlig ferne; dort mögen ja im aufreibenden Kampfe um die lockende Rente seltsame „Unfallsfolgen" erblühen.

Hierzulande aber giebt es keine allgemeinen Unfallsversicherungs-Gesetze, keine Renten, daher auch keine Kämpfe um dieselben. Ja auch die Schadenersatzansprüche nach Verletzungen sind meist lächerlich geringe und werden selten ernstlich angestrebt.

Die Beschädigten haben zudem gar keine Ahnung von der in Frage kommenden Symptomengruppe und könnten sie übrigens unmöglich in ihrer Gesammtheit vortäuschen.

Die bosnischen Bauern sind meist kräftige, einfach lebende Männer, welche dem gewohnheitsmässigen Alkoholmissbrauch nicht ergeben sind, wiewohl Ausschreitungen gelegentlich des Besuches der nächsten Stadt oder an hohen Feiertagen vorzukommen pflegen.

Doch scheint dieser gelegentliche Alkoholmissbrauch die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems der Eingeborenen eben so wenig herabgesetzt zu haben als die relativ noch verbreitete Syphilis.

Tabes und progressive Paralyse, die man ätiologisch so oft mit Syphilis verknüpfen will, kommen nämlich, wie ich schon anderweitig*) hervorhob, unter der einheimischen Bevölkerung sehr selten zur Beobachtung.

Geradezu auffallend ist die grosse Zahl schwerer Schädelverletzungen mit günstigem Ausgange, eine Thatsache, die den hiesigen Gerichtsärzten wohlbekannt ist und unsere Prognose oft in günstigem Sinne beeinflusst.

Man kann also der hiesigen Landbevölkerung eine ziemliche Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankungen des Nervensystems namentlich nach Traumen, nicht absprechen.

In selteneren Fällen ist nun diese Widerstandsfähigkeit aus irgend einem Grunde mehr weniger vermindert; dann dürfte es eben auch leichter zu feinen, vielfältigen organischen Veränderungen als Folge des körperlichen Traumas kommen; aber auch die gleichzeitige seelische Erschütterung findet leichter Angriffspunkte, wirkt überwältigend auf das Individuum und ruft so die Neurose hervor.

I.

Zaim H., 34 Jahre alt, muham., Taglöhner aus Vrbanja bei Banjaluka, stammt aus gesunder Familie, überstand vor 10 Jahren Syphilis. Sonst war er immer gesund, Nerven- oder Geisteskrankheiten kamen weder in der Ascendenz noch in der Descendenz vor. Seine Vorfahren (Muhamedaner) tranken nicht, P. seit 10 Jahren öfter Schnaps. Am 1. September 1900 stürzte P. von einer im Bau begriffenen Brücke 4—5 m tief auf steinigen Boden, wurde bewusstlos in seine Wohnung getragen, wo ich ihn einige Stunden nach der Verletzung besuchte.

*) J. Knotz. Ein Fall von Pseudobulbärparalyse mit einseitiger reflektorischer Pupillenstarre. Wiener med. Wochenschrift. No. 45, 1901.

Grosser, kräftig gebauter, muskulöser, ziemlich gut genährter Mann. Sensorium noch ziemlich benommen, auf kräftige Anrufe reagirt Patient und beantwortet einzelne Fragen mühsam. Puls 60. Pupillen gleich weit, reagiren ziemlich prompt.

An Verletzungen findet man auf der rechten Körperhälfte: mehrere hirsekorngrosse Hautabschürfungen über der Innenseite der Patella.

Handgelenksgegend stark geschwellt, über dem proc. styl. ulnae eine hellergrosse Hautabschürfung; Zeichen von heftiger Kontusion und Distorsion des Handgelenkes; Fraktur des proc. styl. ulnae.

Ueber dem Stirnhöcker eine 2 cm lange, knieförmig gebogene seichte Rissquetschwunde.

Auf der linken Seite nur eine kronengrosse Hautabschürfung über der Patella.

Beim Eintritt ins Stadt-Spital (3. September 1900) war Patient etwas verwirrt, lag aber während der nächsten Tage meist ruhig im Bette, liess Harn unter sich; Stuhl erst am 4. September auf Laxans; Puls 76—80; Temperatur immer normal.

In unbewachten Momenten erhob er sich, ging, hin und her taumelnd, zur Thür, musste sich jedoch, um im Gange weiterzukommen, an der Mauer anhalten. Er beantwortet die gestellten Fragen zwar sinngemäss, doch ist die Sprache langsam, hie und da unverständlich; mitten in der Rede setzt er sich oft auf oder macht eine andere unbegründete Bewegung. Gedächtnis ungestört.

Patient klagt über Schwäche in der rechten Hand und im rechten Bein; Lähmungen nirgends konstatirbar, jedoch herabgesetzte motor. Kraft in den rechten Extremitäten.

Hörschärfe: Flüstersprache beiderseits auf 1 m. Zentrale Sehschärfe fast normal.

Einige Zeit nach der Verletzung bemerkte Patient eine Sehstörung. Das Gesichtsfeld beider Augen erwies sich konzentrisch erheblich eingeengt (Perimeteruntersuchung wurde damals nicht vorgenommen).

Seit der Verletzung besteht eine Sensibilitätsstörung, welche nicht nur die Haut, sondern auch die Schleimhäute im Bereich der rechten Körperhälfte betrifft.

Während des Spitals-Aufenthaltes (3. September bis 9. Oktober 1900) heilten die Wunden und die Fraktur aus, der Gang besserte sich allmählich, die übrigen Beschwerden aber blieben unverändert. Patient kam noch oft ins Ambulatorium, seine Gemüthsstimmung war gedrückt, er begründet dies damit, dass er nicht arbeiten könne, sein rechter Arm und das rechte Bein seien schwach, auch sehe er nicht gut.

Im August 1901 bot Patient folgenden Befund:

Intelligenz und Gedächtniss anscheinend ungestört; Patient ist schmerzlich verstimmt, er führt dies auf die Trauer um sein vor einem Monat verstorbenes Weib zurück, gleich darauf klagt er aber auch, dass er zu Nichts mehr tauge, da er Nichts erwerben könne und betteln müsse u. s. w.

Es besteht kein Schwindelgefühl, keine Krampfzustände; Schlaf ungestört.

Sensibilität: Auf der linken Körperhälfte werden Berührung, Stich, Druck, Wärme- und faradische Reize normal empfunden und nach ihrer Stärke unterschieden, dagegen ist auf der ganzen rechten Körperhälfte die Empfindlichkeit der Haut und aller Schleimhäute für alle erwähnten Reize deutlich herabgesetzt, auch die Muskeln des rechten Beines zucken auf faradische Reize etwas schwächer als normal.

Sinnesfunktionen: Sehschärfe beiderseits $= 5/6$, Ge-

sichtsfeld rechts auf 25°, links auf 30° um den Fixationspunkt konzentrisch eingeschränkt.

Keine Hörstörung. (Hörschärfe beiderseits: Flüstersprache auf 15 m!)

Riechschärfe: rechts etwas geringer als links.

Geschmacksempfindlichkeit: Auf der rechten Zungenhälfte für süss und sauer erloschen, für bitter angedeutet, auf der linken Zungenhälfte für alle Qualitäten normal.

Reflexe: Bindehaut-, Hornhaut-, Nasenreflex rechts kaum angedeutet, links deutlich. Triceps-, Bauchdecken-, Cremaster-, Fusssohlen- und Patellarreflexe beiderseits vorhanden, letzterer rechts deutlicher als links.

Pupillen reagiren auf Licht, akkommodativ und konsensuell prompt.

Motilitätsstörungen: Rhythmisches, kleinschlägiges Zittern der rechten Hand, weniger des rechten Beines, motorische Kraft der rechten Extremitäten auffallend geringer als die der linken.

Facialis intakt, Zunge wird gerade herausgestreckt. Keine Atrophie.

Gang breitspurig, bei schnellerem Gehen noch etwas taumelig; rechtes Bein zeigt ataktisches Schleudern. Bei Augenschluss kein Schwanken.

Sprache ungestört. Allgemeiner Ernährungszustand befriedigend; Blasen- und Mastdarmfunktion ungestört.

Die ehemals normale Libido sexualis und Potenz seit der Verletzung völlig erloschen, keine Erektionen, seither nur zwei Pollutionen bei schlaffem Gliede.

Aus der Symptomenreihe obigen Falles tritt eine Gruppe stark hervor: rechts, also auf der Körperseite, welche nach dem Sturz aus 4—5 m Höhe die meisten und gewichtigsten Verletzungen davon trug, fand sich Hemianästhesie, Verminderung der motorischen Kraft, ferner sensorielle (Riech- und Geschmacks-)Störungen, endlich eine Herabsetzung einiger Reflexe, eine Symptomengruppe, deren hysterischen Charakter u. a. auch die (beiderseitige) konzentrische Gesichtsfeldbeschränkung bekräftigt; eine etwa durch traumatische Blutung in die innere Kapsel bedingte Hemianästhesie müsste nämlich offenbar von Hemianopsie begleitet sein.

Mit den Symptomen hysterischer Art ist aber der Befund nicht erschöpft.

Es bestanden anfangs auch Kommotionserscheinungen; Bewusstlosigkeit, Sprach-, Blasen- und Mastdarmstörungen, die bald wichen, während die Gangstörung sich nur zum Theil zurückbildete. Diese sowie die chronische Verstimmung, das Darniederliegen von Potenz und Libido sexualis sind derart in das Krankheitsbild verwebt, dass die Beurtheilung als „traumatische Neurose mit vorwiegend hysterischem Charakter" gerechtfertigt erscheint. P. hat den Unternehmer des Brückenbaues, bei dem er verunglückte, nie geklagt und auch keinen Schadenersatzanspruch erhoben.

II.

Mile S., 35 Jahre, aus Vilusi, Bezirk Banjaluka, erhielt anlässlich einer Rauferei am 13. Oktober 1901 einen Fusstritt gegen die rechte Bauchseite ohne namhafte Folgen, drei kleine Schnittwunden an der rechten Hand, Quetschungen in der Lendenwirbelgegend und schliesslich einen Hieb mit einem Holzpflock auf die linke Schädelseite, worauf er bewusstlos zu Boden stürzte und während der Uebertragung ins nächste Haus wiederholt „Galle und Blut" erbrach.

Erst am nächsten Tage erwachte er aus der Bewusstlosigkeit, erbrach noch blutige Flüssigkeit, konnte aber schon wenige Worte mit schwacher Stimme aussprechen.

Auch aus der Nase ging Blut ab.

In den nächsten Tagen erholte er sich so weit, dass er sich flüsternd und langsam sprechend verständlich machen konnte; er klagte über Kopfschmerzen, namentlich in der linken Hinterhauptsgegend, und Schwindel, seit der Verletzung sehe er auf dem linken Auge „wie durch ein Sieb" und höre auf dem linken Ohre nichts.

Der Verletzte ist bei der gerichtsärztlichen Untersuchung am 17. Oktober 1901 noch sehr hinfällig, kann nicht gehen. Temp. 37,8, Puls 84—92, schwach, gleichmässig, nicht aussetzend. —

Am Schädel sieht man folgende Verletzungen:

In der Mitte zwischen linkem Scheitelhöcker und Warzenfortsatz eine hellergrosse grünliche Verfärbung der Haut. Diese Stelle ist etwas geschwellt und druckempfindlich. 1 Zentimeter nach aufwärts von der Mitte der linken Jochbrücke eine linsengrosse, jedoch unregelmässig begrenzte rosa verfärbte, theilweise mit Krusten bedeckte oberflächliche Hautabschürfung. 1 Zentimeter über dem äusseren Ende der linken Augenbraue eine dreieckige $^1/_2$ cm breite, mit der Spitze ohrwärts sehende, mit Krusten bedeckte ähnliche Veränderung.

Die Augenuntersuchung ergiebt:

Pupillen gleich und mittelweit, reagiren prompt.

Sehschärfe und Gesichtsfeld des rechten Auges normal.

Links: Sehschärfe = Fingerzählen auf $^1/_2$ m; Gesichtsfeld hochgradig konzentrisch eingeschränkt.

Hörprüfung: R.: = Flüstersprache auf $1^1/_2$ m, L. wird selbst laute Konversationssprache unmittelbar vor dem Ohre nicht vernommen.

Geruchssinn: R normal, L erloschen.

Geschmacksempfindung: L vollkommen erloschen.

Die Sensibilitätsprüfung ergiebt: Völlige linksseitige Hemianaesthesie, Anaesthesie der ganzen Mund- und Zungenschleimhaut, selbst ein Durchstechen der Zunge löst keinen Schmerz aus. —

R. im Uebrigen normale Empfindlichkeit der Haut und Schleimhaut.

Reflexe: Rechts alle lebhaft;
Links: Cornealreflex, Konjunktivalreflex, Nasenreflex, Gaumenreflex } fast erstorben.

Bauchdeckenreflex beiderseits nicht nachweisbar, Patellarreflexe beiderseits, rechts lebhafter, vorhanden.

Motorische Kraft der linken Extremitäten im Vergleiche zur andern Seite bedeutend herabgesetzt.

Der Verlauf brachte nur langsame Besserung; nach neunwöchentlicher Bettlägerigkeit begann Patient langsam umherzugehen und erholte sich bis 24. Dezember 1901 so weit, dass er zum 30 km weit entfernten Stadt-Spital reiten konnte.

Befund: Schwacher, mässig gut genährter Mann, am ganzen Körper rhythmisches kleinschlägiges Zittern, bei längerem Stehen schwankt Patient; Romberg deutlich.

Die seinerzeitigen Verletzungszeichen spurlos verschwunden, Schädelknochen überall glatt.

Sehschärfe und Gesichtsfeld: R. normal, L. konzentrisch noch auf ca. 50° um den Fixationspunkt eingeschränkt, vor dem linken Auge sieht Patient fortwährend Funken in lebhafter Bewegung.

Hörprüfung: R. = 6 m Flüstersprache,
L. = 1 „ „
Geruch: R. = normal,
L. = erloschen.
Geschmack: R. Zungenhälfte = normal,
L. = erloschen.

Sensibilität: Die ganze linke Körperoberfläche vom Gesicht gegen das Bein zunehmend unterempfindlich für alle Qualitäten der Empfindung, insbesondere wird ein sehr starker faradischer Strom namentlich am Bein nur als Berührung empfunden.

Reflexe: L. Korneal- und Konjunktivalreflex fast normal; Nasen-Gaumenreflex herabgesetzt.

Bauchdecken- und Kremasterreflexe beiderseits nicht nachweisbar; Patellar-Reflex L. eben deutlich, R. jedoch deutlich erhöht, alle anderen Reflexe R. normal.

Motorische Kraft der L. Extremitäten im Vergleich zu R. noch deutlich herabgesetzt.

Erektionen sollen sich seit einiger Zeit wieder eingestellt haben, doch hat Patient seit der Verletzung keinen Koitus vollzogen.

Auch dieser zweite Fall weist nach einem Schlage auf die linke Schädelhälfte neben den Kommotions- und Frakturzeichen eine Reihe von Nervenstörungen auf, welche überwiegend auf der linken Körperhälfte lokalisirt sind und in Uebereinstimmung mit dem früheren Falle hauptsächlich der Hysterie angehören, sodass auch für diesen Fall die Beurtheilung als „traumatische Neurose vorwiegend hysterischen Charakters" gerechtfertigt erscheint. —

Die Prognose dürfte hier günstiger sein als im vorigen Falle.

III.

Marko P., 35 Jahre, aus dem Bezirk Kotor-Varos, überstand vor 25 Jahren Typhus, vor 2 Jahren eine mässige Quetschung der rechten Hand durch das Rad eines Wagens. Er und die ganze Familie war sonst gesund. P. trinkt nicht, desgleichen sein Vater, nur die Mutter trank Schnaps. Am 28. Juli 1900 erhielt P. mit einer Holzschaufel auf Nacken und Hinterhaupt einen Schlag und mit einer eisernen Haue einen wuchtigen Hieb aufs Vorderhaupt, blieb eine Stunde danach bewusstlos, es ging ziemlich viel Blut aus der Nase ab, Patient musste dreimal erbrechen.

Die ziemlich heftige Blutung aus der Nase dauerte allmählich abnehmend noch längere Zeit an. Anfangs sah Pat. alle Gegenstände nur wie durch einen sehr dichten Nebel, erst am sechsten Tag nach der Verletzung begann er besser zu sehen, immer aber erblickte er gerade nur den Fleck, wo er eben hinsah.

Ins Bezirksspital Kotor-Varos (damaliger Leiter: Herr Dr. M. Bermann) übertragen, bot Patient am 3. August 1900 folgenden Befund dar:

Ziemlich kräftiger Mann; Puls 60, Temperatur normal. In der Mitte des oberen Stirnbeinantheiles zieht eine circa 4 cm lange, unregelmässige, bis zum anscheinend unverletzten Knochen reichende Rissquetschwunde der weichen Schädeldecken. — Sonst keine andere Verletzung. Aus der Nase geht noch immer etwas Blut ab.

Patient kann sich weder aufrecht erhalten, noch kann er ohne Hilfe gehen, er schwankt hin und her, „es drehe sich Alles um ihn", auch in ruhiger Lage scheinen ihm fixe Gegenstände herum zu tanzen. Sämmtliche Gegenstände erscheinen ihm grün gefärbt und wie von Nebel umhüllt.

Ambeyopie und konzentrische Gesichtsfeld-Beschränkung in hohem Grade auf beiden Augen nachweisbar. — Patient klagt über heftigen Kopfschmerz. Auch im Verlaufe noch Kopfschmerzen, die Patient in die Stirngegend lokalisirt und Schwindel, der ihn namentlich beim Blick in grelles Licht und bei Lagewechsel erfasst.

Daneben plagte ihn Schlaflosigkeit, sein karger Schlaf wurde durch schreckhafte Träume (Visionen verschiedener Ungeheuer) gestört; es traten häufig Pollutionen bei schlaffem Gliede auf, die Libido sexualis lag vollständig darnieder im Gegensatz zum Verhalten vor der Verletzung.

24. August 1900. Gang noch immer sehr unsicher und schwankend, obwohl Patient seine Bewegungen mit den Augen überwacht. Romberg'sches Symptom sehr deutlich ausgeprägt. Patellarreflexe hochgradig gesteigert. Pupillen übermittelweit, links > rechts, reagiren auf Licht, konsensuell und akkomodativ träge.

Amblyopie wesentlich gebessert, konzentrische Gesichtsfeld-Beschränkung unverändert. Farbensinn normal.

Die Stimmung des Patienten ist eine gedrückte, weinerliche, der Gesichtsausdruck missmuthig und schwer leidend.

Allgemeiner Ernährungszustand gesunken. An Stelle der Stirnwunde eine bewegliche Narbe.

Am 3. Dezember 1900 sah ich den Patienten anlässlich der Hauptverhandlung.

Befund: Ernährungszustand ziemlich gut, Miene noch etwas leidend, Schwindelgefühl und Kopfschmerz namentlich beim Niederbeugen öfters wiederkehrend; Gang bei offenen Augen ziemlich sicher, bei geschlossenen schwankend; kehrt sich Patient hierbei schnell um, so fällt er beinahe zu Boden; Romberg deutlich, Patellar-Reflexe lebhaft, keine Blasen-, Mastdarm-, keine Sensibilitätsstörungen. Potenz und Libido sexualis arg darniederliegend (Patient hat nach seiner Angabe in fünf Monaten nur einmal mühsam den Koitus vollzogen). Pat. schläft besser.

Augenbefund: Lider und Bulbi nach Lage, Form und Beweglichkeit normal. Ophtalmoskopischer Befund normal.

Pupillen reagiren ungestört; links > rechts.

Sehschärfe rechts = $^6/_8$ (— 0·25 D),
links = $^6/_6$ (— 0·50 D).

Die Gesichtsfeldprüfung mittelst Perimeters ergiebt auf beiden Augen eine erhebliche konzentrische Einschränkung, und zwar rechts auf circa 25°, links auf circa 30° um den Fixationspunkt.

Im obigen Falle fand sich, wie ein Rückblick lehrt, bei einem kräftigen Manne nach Schlägen auf den Kopf anfängliche Bewusstlosigkeit, Blutung aus der Nase, hochgradige, beiderseitige Amblyopie und konzentrische Gesichtsfeld-Einschränkung, Blendungsgefühl, heftiger Schwindel, Gangstörung, Romberg'sches Symptom, erhöhte Patellarreflexe.

Später traurige Verstimmung, Schlafstörung, schreckhafte Träume, Potenz und Libido sexualis fast erloschen.

Verlauf: Allmähliche Besserung fast aller Symptome deutlich. Gegenwärtig leidet P. noch an Kopfschmerz und Schwindelanfällen, wobei er angeblich alles grün sehe.

Bei Beurtheilung dieses Falles wurde Gehirnerschütterung und Sprünge an der Schädelbasis mit konsekutiven Blutergüssen aus den zerrissenen Duralgefässen angenommen, und damit für die Amblyopie und beiderseitige konzentrische Gesichtsfeld-Einschränkung der Weg zu einem anatomischen Erklärungsversuche geebnet.[1])

Für die meisten übrigen Symptome aber erweist sich dieser Weg vorläufig ungangbar.

Es verhält sich damit ähnlich wie in beiden vorigen Fällen, nur gehört hier die hervortretende Symptomengruppe der Neurasthenie an, führt aber ebenfalls, wie dort der hysterische Symptomenkomplex, im Krankheitsbilde noch einige Züge mit, welche auch für diesen Fall die Bezeichnung „trau-

---

[1]) Vergleiche ähnliche Fälle: I. Knotz, Beobachtungen über Seh- und Hörstörungen, sowie über Augenmuskellähmungen nach Schädelverletzungen, Wiener med. Presse No. 30, 31, 35, 1900.

matische Neurose" (jedoch vorwiegend neurasthenischen Charakters) am zutreffendsten erscheinen lassen.

Die genauere Analyse aller dieser Symptome, des Verlaufes, der Diagnose, Prognose und Therapie würde viel zu weit führen und überdies das Ziel dieser Mittheilung wesentlich verrücken. Ich möchte nur noch kurz auf die Eingangsworte zurückkommend betonen, dass es den Beschädigten nicht in den Sinn kam, die längere Fortdauer ihrer nervösen Störungen zur Erreichung höheren Schadenersatzes zu verwerthen, obwohl der unzweifelhafte Zusammenhang des Leidens mit den Verletzungen bei der gerichtsärztlichen Beurtheilung entsprechend hervorgehoben wurde. „Begehrungsvorstellungen" im Sinne Strümpells sind also auszuschliessen.

Mit dem Wegfall der erwähnten Absicht zerfällt auch der Verdacht auf Simulation der Symptome in sich selbst.

Mit Recht kann man daher behaupten, dass die Untersuchten von der Bedeutung und Tragweite der fraglichen Störungen bis zur Verhandlung überhaupt nichts wussten und auch durch die paar Untersuchungen darauf nicht aufmerksam wurden.

Wo bleibt unter solchen Verhältnissen eine „Züchtung der traumatischen Neurose", wenn für diese Annahme wirklich alle Vorbedingungen fehlen?

Nein! Die drei vorgeführten Fälle wenigstens haben sich „jenseits von Gut und Böse" der modernen Entschädigungs- und Unfallversicherungs-Gesetze entwickelt.

In diesem Lichte betrachtet dürften die Fälle dem Gerichts- und Unfallsarzt immerhin einiges Interesse abgewinnen und ihn veranlassen, mit dem Verdacht auf Simulation und Aggravation von Unfallsneurosen zurückhaltender zu sein.

Die auch hier vertretene Meinung C. Edinger's und S. Auerbach's,[1]) dass die Bezeichnung „Traumatische Neurosen" im Sinne Oppenheim's[2]) als die zutreffendste bis auf Weiteres beizubehalten sei, dürfte der mehr praktischen Richtung der oben erwähnten Sachverständigengruppe zusagen. Dies soll uns aber nicht hindern, in Würdigung der neuerdings von Sachs und Freund[3]) vorgebrachten Einwürfe, die genauere Diagnose des Einzelfalles anzustreben und sie durch Hervorhebung der vorherrschenden Symptomengruppe (Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie u. s. w.) in der Benennung zu präzisiren.

Gelingt es einmal, die den „funktionellen" Nervenstörungen zu Grunde liegenden geweblichen Veränderungen aufzudecken, dann können wir den altbewährten Namen ruhig über Bord werfen, — ein neuer, besserer wird ja ohnehin gleichzeitig mit dieser Entdeckung geprägt werden!

Syphilis und Unfall.

Zugleich als Beitrag zur Frage der berufsgenossenschaftlichen Vertrauensärzte.

Von

Dr. P. Cahen-Berlin.

Zur Beantwortung der jetzt aktuell gewordenen Frage, ob Vertrauensärzte für die Berufsgenossenschaften überhaupt eine Nothwendigkeit seien, erscheint mir der nachfolgend geschilderte Fall verwerthbar zu sein, den ich aus diesem Grunde mitzutheilen Veranlassung nehme:

Am 6. März 1901 erhielt ich von der Norddeutschen Textil-Berufsgenossenschaft den Auftrag, einen am 27. Februar verunglückten Maschinenmeister G. Sch. in seiner Wohnung zu besuchen und mitzutheilen, ob es sich empfehle, gemäss § 76 schon jetzt in das Heilverfahren einzugreifen, gegebenen Falls auch in welcher Weise und aus welchen Gründen.

Die beiliegende Unfallanzeige besagte:

G. Sch., 8. August 1853 geboren. verheirathet.

Am 27. Februar Vormittags verunglückt.

Verletzung ist noch nicht zu konstatiren. Der Betroffene fühlt sich nur schwach und unwohl und rieth ihm der Arzt vorläufig nur Ruhe an.

Der Verletzte schmiedete Vormittags mit dem Heizer E. O. zusammen. Beim Zuschlagen, das H. besorgte, ging der Hammer vom Stiel und traf den Sch. in der Gegend der Weichen. Er hatte wohl momentane Schmerzen, die aber bald nachliessen, so dass er den Vorfall nicht weiter beachtete. Heute erklärte er nun plötzlich, so schwach zu sein, dass er nicht arbeiten könne.

Der Arzt hat erklärt, dass er eine Verletzung bis jetzt nicht konstatiren könne und rieth ihm, wie schon vorher gesagt, nur ein paar Tage Ruhe an.

Berlin, 1. März 1901. Unterschrift.

Bei meinem Besuche am 11. fand ich den Patienten im Bette liegend, mit starker Schwellung der Lymphdrüsen der rechten Leistengegend und derber Infiltration und Röthung der Haut in dieser Gegend. Auf der Brust und dem Bauch ein Roseola-Exanthem. Patient gab auf Befragen an, er habe, da die Schmerzen und die Schwellung in der Leistengegend nicht nachgelassen, 2 Tage Jodkali genommen, sofort sei der Ausschlag entstanden, der trotz Aussetzen des Mittels nicht verschwand.

Meine daraufhin gestellte Diagnose, dass es sich um frische Syphilis handele, bestätigte sich bei dem zweiten Besuch am 30. März. Der Ausschlag bestand fort.

Ich erklärte der Berufsgenossenschaft, dass es sich nach meiner Auffassung gar nicht um Folgen eines Unfalles hier handele, empfahl ihr aber gleichzeitig dem behandelnden Arzt folgende Fragen vorzulegen:

1. An welchem Tage nahm Pat. zuerst wegen seines angeblichen Unfalles Ihre Hilfe in Anspruch?

2. Was gab der Verletzte Ihnen über die Enstehungsursache seines Leidens an und wie schilderte er Ihnen gegenüber den Hergang des angeblichen Unfalles?

3. Wie war der objektive Befund bei der ersten Untersuchung und wie lautete die subjektive Angabe des Verletzten und wie stellten Sie die Diagnose?

4. Welche Krankheit liegt bei dem Sch. nach den während der Behandlung von Ihnen gemachten Beobachtungen vor?

5. Welchen Verlauf nimmt das Heilverfahren und welches sind die Aussichten für die Zukunft?

Darauf erging folgendes Gutachten.

20. 4. 01.

Der Maschinenmeister G. Sch., welchen ich vor 1 Jahr an einem Furunkel des linken Unterarmes behandelt habe, konsultirte mich zum ersten Mal am 1. März dieses Jahres wegen einer sehr schmerzhaften Geschwulst in der rechten Leistengegend, verbunden mit grosser Abgeschlagenheit und dem Gefühl von Fieber. Derselbe gab an, am 27. Februar sei ihm ein Schmiedehammer gegen die rechte Leistenbeuge geflogen und seit dieser Zeit bestehe der jetzige Zustand, während er sich vorher vollständig gesund befunden habe.

---

[1]) C. Edinger und S. Auerbach, Unfallnervenkrankheiten, Eulenburg's Encyklopädie XXV. S. 64.

[2]) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889. A. Hirschfeld.

[3]) Dr. Heinrich Sachs und Dr. C. S. Freund, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. Berlin W. 1899 Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld S. 414.

Die objektive Untersuchung ergab bei dem mittelgrossen, aber kräftigen Manne eine grosse, allgemeine Schwäche, stark belegte Zunge, Stuhlverhaltung. Temperatur und Puls normal.

In der rechten Leistenbeuge findet sich eine auf Druck und spontan sehr schmerzhafte Geschwulst von der Grösse eines kleinen Apfels. Die Haut darüber ist geröthet und nicht in Falten zu erheben, die Geschwulst selbst auf der Unterlage leicht verschieblich.

Die Diagnose lautete: entzündliche Lymphdrüsengeschwulst in Folge äusserer, direkter Gewalt, event. verbunden mit einem Bluterguss in die Lymphdrüsen.

Da sich die Krankheitserscheinungen unter der üblichen Behandlung (Ruhe, kalte Umschläge, Abführmittel) nicht besserten, wurde dem Sch. eine Jodkur (Dr. Sandow's brausendes Salz) verordnet. Nach 2 Tagen klagt Patient über heftige Kopfschmerzen, Schnupfen, Halsschmerzen und zeigt über den ganzen Körper vertheilt einen knötchenförmigen Ausschlag von kupferrother Farbe. Nach dem Aussetzen des Jods liessen die subjektiven Beschwerden bedeutend nach, der Ausschlag aber blieb bestehen und führte an einzelnen Stellen zu schwer heilenden Substanzverlusten. Anfangs April stellte sich dann noch eine Entzündung der rechten Regenbogenhaut ein.

Die nun sofort eingeleitete Quecksilberkur hat bis heute bereits eine wesentliche Besserung im Befinden des Sch. bewirkt, so dass die vollständige Wiederherstellung in kurzer Zeit (3—4 Wochen) zu erwarten ist. Es ist also wahrscheinlich, dass durch das Trauma ein alter latenter Herd (von einer vor 25 Jahren acquirirten und damals behandelten Syphilis) in der rechten Leistendrüse des Körpers mit dem wieder kräftig gewordenen Gift überschwemmt hat.

Die Geschwulst in der rechten Leistenbeuge ist noch ungefähr nussgross und auf Druck nicht mehr schmerzhaft, so dass irgend welche Folgen des Unfalles nicht zu befürchten sind.

Diesem Gutachten gegenüber betonte ich, dass es sich um frische, vom Unfall unabhängige Syphilis handele, wonach die Berufsgenossenschaft den Verletzten mit seinen Ansprüchen abwies.

Das Schiedsgericht verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer Rente von 15%, mit der Motivirung, dass es sich dem „durchaus schlüssigen und sachlich begründeten" Gutachten seines Sachverständigen, des als Kreisarzt geprüften Dr. X., vollkommen anschlösse.

Das Gutachten lautet:

Wie aus den Akten hervorgeht, und Sch. auf Befragen selbst angiebt, ist er am 27. Februar d. Js. dadurch verunglückt, dass ihm bei der Betriebsarbeit der eiserne Theil eines Hammers, im Gewichte von 5—6 kg an das Gemächt geflogen ist.*) Hierbei will er sich eine Hoden- und Drüsenentzündung zugezogen haben. Nachdem er dieserhalb von Herrn Dr. U. bis zum 13. Mai d. J. behandelt worden, hat er seine Thätigkeit wieder aufgenommen. Eine Unfallrente ist ihm indess nach Ablauf der Karenzzeit von der zugehörigen Genossenschaft nicht bewilligt worden, sodass er sich zur Klage beim Schiedsgericht gezwungen sieht, denn er habe beim Bücken immer noch Stiche im rechten Hoden, ebenso wie bei schwerer Arbeit. Seine alte Arbeit könne er daher nicht mehr in ihrem ganzen Umfange verrichten, und verdiene er nur 27 Mark wöchentlich gegen 30 Mark vor dem Unfall. Früher will er immer gesund und auch Soldat gewesen sein.

*) Nach der Unfallanzeige flog der Hammer in die Weichengegend, nach Angabe des Dr. U. gegen die rechte Leistenlage, jetzt gegen das Gemächt.

Sch. ist ein 48jähriger, mittelgrosser fettleibiger Mann, mit seinem Alter entsprechend normalen Brust- und Bauchorganen. Seine Schlagadern lassen bereits beginnende Verhärtung erkennen. In seiner linken Leistenbeuge bemerkt man zwei strichförmige quergestellte helle und völlig reaktionslose Hautnarben von einer vor 20 Jahren stattgehabten Infektion. In der rechten Leistengegend sind leicht ange schwollene Lymphdrüsen zu fühlen. Auf dem ganzen Körper sieht man rosarothe Flecke vermischt mit eitrigem, pustulösem Ausschlag, letzteren namentlich auf den Streckseiten der Extremitäten. Beim Berühren der Hoden klagt Sch. über eine Empfindlichkeit des rechten; doch ist eine Abnormität an demselben nicht zu beobachten. Auf den Handflächen schuppt die Haut leicht ab. Im Halse, namentlich am rechten Gaumenbogen, sieht man Geschwüre mit schmutzig-grauem Grunde. Die Drüsen in der Gegend des Unterkiefers und im Genicke sind geschwollen; ebenso in der Umgebung der Ellenbogengelenke. An den Augen sind z. Z. krankhafte Erscheinungen nicht zu beobachten. Ebenso verhält sich das zentrale und periphere Nervensystem normal. Alle Gebiete erweisen sich in funktioneller wie in anatomischer Beziehung als gesund. Dasselbe gilt von den Knochen, besonders an dem Schädel, den Schienbeinen und den Rippen. Die Zunge ist belegt. Der Stuhlgang soll in Ordnung sein. Fieber ist nicht vorhanden. Der Urin enthält keine fremden Beimengungen.

Gutachten.

Nach diesem Befunde leidet Sch. an einem Hautausschlage, an Geschwüren im Rachen und an Drüsenanschwellungen zumal in der Leistengegend, am Halse und in der Umgebung der Ellenbogengelenke. Diese Krankheitserscheinungen deuten darauf hin, dass wir es bei dem Sch. mit sekundären Erscheinungen einer syphilitischen Infektion zu thun haben.

Was nun den Zusammenhang dieser sekundären syphilitischen Erscheinungen mit dem am 27. Februar 1901 von dem Sch. erlittenen Unfall anbetrifft, so muss ein solcher ärztlicherseits zugegeben werden.

Um aber diesen Zusammenhang annehmen zu können, muss zuerst jedes andere Moment, welches die sekundären Erscheinungen der Syphilis hervorrufen kann, ausgeschlossen werden. Dazu gehört zunächst eine Neu-Infektion auf natürlichem Wege (Koitus oder sonstige Berührung mit syphilitisch erkrankten Personen oder mit Gegenständen, welche von derartig infizirten Personen gebraucht worden sind). Solche Ursachen oder die körperlichen Befunde, welche darauf hindeuten, zu finden, ist dem behandelnden Arzte, der auch zugleich die erste Untersuchung vorgenommen hat, nicht gelungen. Die Diagnose, welche dieser Herr nach den ersten Beobachtungen aufgenommen hat, lautet nach seinem Gutachten vom 20. April 1901 (cfr. Blatt 9/10 der Genossenschafts-Akten) entzündliche Lymphdrüsengeschwulst in Folge äusserer direkter Gewalt, eventuell verbunden mit einem Bluterguss in die Lymphdrüsen. Erst nach längerer Beobachtung kam Herr Dr. U. zu der Ueberzeugung, und die daraufhin eingeleitete Behandlung hat durch ihre günstige Wirkung die Annahme bestätigt, dass es sich bei dem Sch. um einen Neuausbruch seines vor ca. 20 Jahren acquirirten Leidens (Syphilis) handelt.

Zeichnet sich doch gerade dieses Leiden dadurch aus, dass es selbst viele Jahre nach der ersten Infektion, nachdem der davon Betroffene sich des besten Wohlseins erfreut hat, häufig ohne nachweisbare Ursachen von Neuem auftritt.

Häufig, wie ich eben bemerkt habe, ohne nachweisbare Ursache; sorgfältige Beobachtungen haben indess ergeben, dass alle möglichen Reize ein solches Wiederauftreten auslösen können; und zu diesen Reizen gehören auch die mechanischen Insulten. Man geht dabei von der Voraussetzung aus, dass Reste der die Krankheit errregenden Substans in einzelnen, ganz verschiedenartig gestalteten Organen aufgespeichert liegen bleiben, und erst dann wieder zur Lebensthätigkeit angereizt werden, wenn das betreffende Organ von einem Insult getroffen wird. Zu diesen Organen gehören hauptsächlich die Lymphdrüsen. Es steht nun fest, dass der Sch. vor ungefähr 20 Jahren syphilitisch infizirt worden ist; er ist dann, nachdem die Krankheit damals für erloschen erklärt worden ist, bis zu seinem Unfalle gesund geblieben, hat auch gesunde Kinder erzeugt. Es ist ferner erwiesen, dass er am 27. Februar 1901 von einem schweren Hammer in der rechten Leistengegend getroffen worden ist, und dass im Anschluss hieran eine entzündliche Schwellung der Lymphdrüsen dieser Partie aufgetreten ist. Wenn sich dann im Verlaufe der nächsten Wochen Krankheitserscheinungen bei Sch. einstellten, welche auf sekundär syphilitische Infektion hindeuten, so ist nach dem oben Gesagten, bei dem Ausschluss jeder anderen Gelegenheitsursache, ein Zusammenhang des jetzigen Leidens des Sch. mit dem Unfalle vom 22. Februar 1901 mindestens sehr wahrscheinlich, wenn nicht mit Sicherheit anzunehmen.

Bei der Verschiedenartigkeit im Auftreten der syphilitischen Erkrankung ist natürlich auch der Einfluss auf das Allgemeinbefinden und auf die Arbeitsfähigkeit ein mannigfaltiger.

An und für sich braucht bei dem Zustande, in dem sich Sch. augenblicklich befindet, die Arbeitsfähigkeit gar nicht zu leiden, da weder der Ausschlag, noch die geschwollenen Drüsen und die Geschwürsbildung die Körperkraft wesentlich beeinträchtigt oder Schmerzempfindungen verursacht haben; und thatsächlich versieht ja auch Sch. seinen Dienst als Maschinenmeister.

Trotzdem muss Sch. seinem Körper eine besondere Pflege angedeihen lassen; er muss sich vor Erkältungen und übermässigen Anstrengungen in Acht nehmen, er muss besondere Aufwendungen auf eigenes Geschirr, Wäsche u. s. w. machen und schliesslich auch in ärztlicher Behandlung und Beobachtung bleiben.

Die Einbusse, welche Sch. hierdurch in seinem Erwerb erleidet, schätze ich nun ärztlicherseits und zwar vom 30. November 1901 ab, auf 15 Prozent seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit überhaupt.

Zum Schlusse versichere ich, dass ich die Angaben des Sch. wahrheitsgetreu niedergeschrieben, sowie mein eigenes Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen abgegeben habe.

Dr. X.
als Kreisarzt geprüft.

Da diesem Gutachten für mich keine überzeugende Kraft innewohnte, vielmehr meine Diagnose, dass es sich um frische Syphilis handele, dadurch zur Evidenz bestätigt wurde, rieth ich der Berufsgenossenschaft, Rekurs einzulegen, vorher aber den Verletzten durch Professor Lassar untersuchen zu lassen. Ich betonte die Wichtigkeit gerade dieses Falles für die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und stellte anheim, eventuell ein Gutachten des Medizinalkollegiums einzuholen. Das Reichsversicherungsamt folgte aber dem Gutachten des Professor Lassar und setzte die Entscheidung der Berufsgenossenschaft, die einen Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankung leugnet, wieder in Kraft.

Das Gutachten des Professors Lassar lautet: 21. November 1901. Der Maschinenführer J. Sch. hat sich am heutigen Tage meiner ärztlichen Untersuchung unterzogen. Danach ist derselbe behaftet mit zahlreichen über den ganzen Stamm und die Extremitäten verbreiteten rothen Flecken, die zum grossen Theil narbige Einsenkungen zeigen. Einige derselben sind mit grindigen kleinen Belägen bedeckt. Am Lippensaum, der Zunge und der linken Rachenwand, finden sich sogenannte Schleimpapeln. Die Drüsen der Leistengegend, in der Ellenbogenbeuge und am Halse, sind geschwollen. An der Glans ist eine frisch erodirte Papel auf leicht erhärtetem Grunde. Daneben eine Narbe, deren Alter sich nicht mehr genau bestimmen lässt. Dieser Befund giebt eindeutig denjenigen einer relativ frischen Syphilis, deren Entstehungszeit nicht länger als ein Jahr zurückdatiren kann. Der Anfangsherd lässt sich nicht mehr mit Sicherheit feststellen, um so weniger als der Patient angiebt, bereits im Jahre 1882 eine Infektion erlitten zu haben. Jedoch ist jene aller Berechnung und Wahrscheinlichkeit nach nicht syphilitischer, sondern lediglich venerischer Natur gewesen. Es hat sich damals um ein Ulcus (sogenannten weichen Schanker) mit Bubo gehandelt, dessen Operationsnarben noch heute zu sehen sind. Hiernach kann ich mich dem Herrn Vorgutachter nicht anschliessen. Selbst wenn man annehmen wollte, dass eine frühere Erkrankung vorausgegangen und nur durch das jetzige Trauma gleichsam neu hervorgerufen und aufgerührt sei, müsste mindestens die Sicherheit bestehen, dass die erste Erkrankung wirklich Syphilis gewesen war. Dem ist aber nicht so. Vielmehr pflegen Laien Vorkommnisse dieser Art durchweg als Syphilis zu bezeichnen, während lediglich venerische Lokal-Erscheinungen vorgelegen haben mögen. Hierfür spricht auch der Umstand, dass der Patient in der ganzen Zeit mit oder ohne erneute Kuren frei von weiteren Erscheinungen geblieben ist. Fällt somit das grundlegende Moment fort, dass überhaupt Syphilis vordem vorausgegangen sei, so kann auch nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft und der persönlichen Erfahrung des Unterzeichneten keinesfalls als nachweisbar angenommen werden, dass eine veraltete Infektion sich bei beliebigem körperlichen Anlass plötzlich in allgemeinen frischen Symptomen wieder etablire. Die Berührungen zwischen Körperverletzung und Syphilis sind wohl bekannt und sicher konstatirt. Sie beziehen sich aber auf örtliche Erscheinungen in dem Sinne etwa, dass an dem Ort, wo der Stoss erfolgt ist, oder eine Verwundung Platz gegriffen hat, sich die bis dahin versteckten latenten Keime der Syphilis von Neuem einstellen und hierselbst gummöse Späterscheinungen zeitigen. Alle diese Vorkommnisse gehören in die Rubrik der Spät-Syphilis, deren Symptome durchweg einen besonderen und als solchen erkennbaren Charakter tragen. Die im Fall Sch. von dem vorbehandelnden Arzt und bei der jetzigen Nachuntersuchung festgestellten Symptome aber gehören insgesammt und ausschliesslich der Krankheitsphase in unmittelbarem Anschluss an frische Infektion an. Eine solche muss auch stattgefunden haben, obgleich dem Patienten angeblich hiervon nichts bekannt ist, und zwar bereits am Ende vorigen oder Anfangs diesen Jahres vor dem Unfall, da bereits im März von ärztlicher Seite allgemeine Erscheinungen — wie sie sich erst längere Wochen nach erfolgter Ansteckung zu zeigen pflegen — beobachtet worden sind. Nach alledem stehen Unfall und Syphilis in diesem Falle nicht in ursächlichen, sondern ausschliesslich in zufälligem Zusammenhange.

Professor Lassar.

Würden seitens der Berufsgenossenschaft die Verletzten nur durch den behandelnden Arzt und nicht auch gleichzeitig durch den Vertrauensarzt untersucht und begutachtet, so hätte

in diesem Falle für die Berufsgenossenschaft kein Grund vorgelegen, dem angeblich Verletzten eine Rente zu versagen; höchstens hätte eine Differenz über die Höhe der zu zahlenden Rente entstehen können. War aber einmal seitens der Berufsgenossenschaft eine Entschädigungsverpflichtung im Prinzip anerkannt, so hätten auch später eingeholte Gutachten, die einen Zusammenhang zwischen Unfall und den vorliegenden Krankheitserscheinungen bestritten, an diesem Rechtszustand nichts mehr ändern können.

Beim Ableben des Mannes würde noch die Frage, ob durch den Wiederausbruch der Syphilis die Lebensdauer verkürzt sei, zur Entscheidung gelangt sein.

Ich glaube deshalb die Bedeutung des Falles für die Beurtheilung der Eingangs genannten Frage nicht überschätzt zu haben und habe die Ueberzeugung, dass auch die wortgetreue Wiedergabe des ärztlichen Gutachtens für die Leser nicht ohne Interesse gewesen ist.

Berlin im März 1902.

Referate.

Sammelbericht.

Die neueren Arbeiten über traumatische Erkrankungen der Wirbelsäule.

Von Dr. P. Stolper-Breslau.

Die Verletzungen der Wirbelsäule haben durch drei auf ein jeweils sehr reiches Material gestützte grössere Arbeiten am Ende des jüngst verflossenen Jahrhunderts eine erschöpfende Bearbeitung erfahren, es sind diejenige von William Thorburn (Manchester): „A contribution to the surgery of the spinal cord" (London 1889), die von Theodor Kocher (Bern): „Die Verletzungen der Wirbelsäule zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschlichen Rückenmarks" (Mittheil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. d. Chirurgie I, Jena 1897) und endlich die von W. Wagner (Königshütte) und P. Stolper: „Die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks" (Band 40 der Deutschen Chirurgie, Stuttgart 1898). Ihre Ergebnisse als bekannt vorausgesetzt, sei nur hervorgehoben, dass der englische Chirurg vornehmlich den aus der Beobachtung von Wirbel-Frakturen, -Luxationen und -Distorsionen sich ergebenden Lehren für die Segmentdiagnose des Rückenmarks sein Augenmerk geschenkt hat. Seine Arbeit ist ebenso wie die Kocher'sche eine überaus dankenswerthe, aus der klinischen Anschauung gewonnene Bestätigung, aber auch eine Erweiterung unserer physiologischen, durch das Experiment gewonnenen Erfahrungen über die Bedeutung der Rückenmarkszentren und -bahnen. Die von Thorburn und von Kocher gegebenen Tafeln der spinalen Sensibilität und Motilität sind mit bewundernswerth feiner Beobachtung und mit seltenem Fleiss gewonnen; wir können ihrer bei der Beurtheilung von Rückenmarksverletzungen und -krankheiten nicht mehr entrathen.

Auch was die eigentlichen Wirbelverletzungen anlangt, hat Kocher grundlegende Gesichtspunkte für die Eintheilung derselben an die Hand gegeben, und als erster an einem grossen Material erwiesen, dass auch für die Wirbelbrüche und -Verrenkungen gewisse Typen durchaus chrarakteristisch sind. Er hat zunächst die partiellen Wirbelverletzungen von den Totalluxationsfrakturen unterschieden, weil für ihn der Gesichtspunkt massgebend war, es müssten alle Wirbelläsionen, die nothwendig eine schwere irreparable Markläsion zur Folge haben, streng geschieden werden von denjenigen, bei denen dies zwar möglich ist, aber nicht nothwendig der Fall zu sein braucht. Unter die partiellen Wirbelläsionen zählt er deshalb neben den Kontusionen und Distorsionen und den isolirten Frakturen der Wirbelbogen und -dornen auch die isolirten Luxationen der Seitengelenke und die isolirten Frakturen der Wirbelkörper.

Die zweite Gruppe von Wirbelsäulen-Verletzungen fasst er zusammen unter dem Namen der Totalluxationsfrakturen, bei denen nothwendiger Weise immer das Mark in erheblicher Weise geschädigt ist in Folge der starken Wirbelverschiebung. Er spricht von Totalluxation, wenn die Seitengelenke (Processus articul.) verrenkt und auch die Synchondrose unter Zertrümmerung und Verschiebung der Bandscheibe gelöst ist, von Totalluxationsfraktur, wenn der Wirbelkörper statt der Bandscheibe zertrümmert ist. Er hält die Luxation der Seitengelenke für die Regel, Bruch der Gelenkfortsätze für die Ausnahme. Je nachdem der lädirte Wirbelkörper stärker komprimirt ist und dafür weniger dislozirt, oder aber eine Schrägfraktur — nach K. immer (? Referent) von hinten oben nach vorn unten verlaufend — mit starker Verschiebung nach vorn vorhanden ist, unterscheidet er Kompressionsluxationsfrakturen von Luxationsschrägfrakturen.

Wagner-Stolper's auf ein Material von mehreren hundert Fällen gestützte, mehr systematische Bearbeitung der Lehre von den Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks hält einmal mit Rücksicht auf die Therapie die Scheidung reiner Luxationen von den Frakturen und Luxationsfrakturen aufrecht und betont andererseits besonders den Mechanismus der Kompression, der bei fast allen Wirbelbrüchen eine Rolle spielt. Die Kompressionsfraktur ist der Haupttypus der Wirbelkörperbrüche. Die Art des Zustandekommens (Zusammenstauchung) und das Ueberwiegen spongiöser Substanz machen diese eigenartige, nur am Fersenbein ähnlich vorkommende Bruchform erklärlich. Sie haben bezüglich der Kümmell'schen sogen. Spondylitis traumatica eine merkwürdiger Weise nicht beachtete Auffassung ausgesprochen, die jetzt allmählich die herrschende zu werden scheint. Insbesondere berücksichtigen sie auch die späteren Folgezustände von Rückgratverletzungen und zeigen auch an reichlichen anatomischen Präparaten die Vorgänge der Wirbelfraktur: Heilung mit der bis zur Eburnation gesteigerten Zusammenpressung der Spongiosa und dem lediglich von der Corticalis ausgehenden Kallus. Wenig beachtet sind bislang die von ihnen abgebildeten Präparate von Kompressionsfraktur allerleichtesten Grades und ihre Beschreibung von Fällen schwerer tödtlicher Markläsion ohne anatomisch nachweisbare Wirbelsäulenverletzung, Distorsionen also, welche für die Frage des Zustandekommens von Haematomyelie, leichtester Myelodelese und besonders der Kümmell'schen Krankheit der Berücksichtigung werth sind.

Aber im Einzelnen soll auf diese umfangreichen Arbeiten nicht eingegangen werden. Von den späteren Publikationen wollen wir hier unerörtert lassen die in einem künftigen Referat zu behandelnden Arbeiten über direkt traumatische Rückenmarksverletzungen und die Bedeutung der Traumas für jene Gruppe von Rückenmarkskrankheiten, wie multiple Sklerose, Tabes, Poliomyelitis, über welche die Meinungen noch sehr auseinandergehen.

Die primär traumatischen Wirbelsäulenerkrankungen sind in den letzten Jahren verhältnissmässig selten behandelt worden. G. Roux de Brignoles (Marseille) hat 1898, noch ohne Kenntniss der Arbeiten von Kocher und Wagner-Stolper, über die Brüche der Wirbelsäule geschrieben. Er giebt eine interessante historische Uebersicht über die Entwicklung der Lehre von den Wirbelverletzungen in Frankreich, wo dieselbe wohl mehr als bei uns, auch

experimentell, angefasst worden ist, besonders durch Chedevergne, Molière und Ménard. Letzterer kam bei Leichenversuchen zu dem Schluss, dass die starke Flexion (arrachement) und die Stauchung und Zermalmung (écrasement) in der Regel zusammenwirken, und dass auch bei Sturz auf das Gesäss bezw. die unteren Extremitäten mit gebeugtem Stamm Frakturen im lumbodorsalen Abschnitt zu Stande kommen, wie dies die praktische Erfahrung inzwischen vielfach bestätigt hat. Roux unterscheidet demgemäss Abrissfrakturen (Horizontalfrakturen und Schrägfrakturen; letztere mit vorderem und hinterem Keilfragment; das obere meist kleiner) und Kompressionsfrakturen (dans l'écrasement), wobei der ganze Körper zermalmt ist, vornehmlich unter Verminderung der Höhe der Vorderfläche. Letztere betrafen oft mehrere Wirbelkörper.

Roux hebt besonders hervor, dass das vordere Längsband (Ligam. longit. ant.) oft von der Vorderfläche der Körper und Bandscheiben abgelöst ist und die Frakturstelle überbrückt, während das hintere leicht zerrissen wird durch die hintere obere Kante der Wirbelkörper. Bezüglich der begleitenden Rückenmarksverletzung neigt Chedevergne der Ansicht zu dass in der Regel das Rückenmark wie eine Violinsaite über den Steg so über die hintere obere Kante des frakturirten Wirbelkörpers gespannt und demgemäss gequetscht wird (Zerrungsläsion), während Felizet, Ménard und Chipault es sich so vorstellen, dass das Rückenmark wie in einem Schraubstock gefasst wird zwischen frakturirtem Wirbelkörper und dem Bogen des nächst höheren Wirbels (Kompressionsläsion). Diese Auffassung führt naturgemäss zu einer lebhafteren Empfehlung der Laminektomie, der auch Roux das Wort redet, und die in Chipault ihren eifrigsten, nach des Referenten Ansicht aber weit über das Ziel hinausschiessenden Verfechter hat.

Chipault hat auf dem internationalen medizinischen Kongress in Paris 1900 (Statistique therapeutique de 147 fractures vertebrales) von einer verblüffenden Zahl von Erfolgen blutigen Eingreifens bei Wirbelsäulenbrüchen berichtet, nachdem er in seiner „Chirurgie du système nerveux“ bereits die Technik der Laminektomie (Resektion der Wirbelbögen) und die Naht des total querdurchquetschten Rückenmarks empfohlen hatte. Von letzterer ist begreiflicher Weise nicht mehr die Rede, und es ist unverständlich, wie Jemand, der die Heilungsvorgänge bei Markverletzung auch nur einigermassen beobachtet hat, überhaupt von dem Zusammennähen des durchtrennten Rückenmarks reden kann. Trotzdem haben einige Chirurgen in der That die Rückenmarksnaht ausgeführt. In Chipault's letzter Publikation ist davon nicht mehr die Rede. Sein Bericht wird in Deutschland wenigstens befremdlich erscheinen; Chipault hat 34 Mal den Wirbelkanal wegen Wirbelsäulenbruch eröffnet. Von 34 Fällen, welche 24—28 Stunden nach dem Unfall zur Behandlung kamen, wurden 20 expektativ behandelt. Zwei Mal veranlasste ihn trotz geringer Dislokation rasch zunehmende Parese zur Laminektomie, bei der er peridurale und perimedulläre Blutung fand. Fünf Mal laminektomirte er ohne Weiteres, um dann (3 Mal) die vorspringende hintere Wirbelkörperkante zu reseziren, oder (2 Mal) zu reponiren. Nach Reduktion der Wirbelsäule fixirt er dieselbe — event. auch ohne Eröffnung des Wirbelkanals — durch Ligatur der Bögen, wie dies auch Hadra empfohlen hat. Zwei Mal laminektomirte er wegen Bogenbruch.

Bei alten Frakturen fand Chipault ungleich öfter die Indikation zur Resektion der Wirbelbögen; sein Bericht über die Erfolge ist indess zu knapp, die Begründung des Eingriffs nach unseren Erfahrungen zu ungenügend, als dass sich sein häufiges blutiges Vorgehen ohne Weiteres zur Nachahmung empfehlen liesse. Auch Abbé (Spinal fracture-paraplegia, New York med. record 1900) und M. Gusmitta (Lucca): Casi e considerazioni di chirurgia dei traumatismi spinali (Clinica chir., 1901, No. 2—8) sind Enthusiasten der Frühoperation. Der Letztere berichtet über 13 Fälle von Wirbelsäulenverletzung. Seine operativen Erfolge sind keineswegs ermuthigend. So operirte er bei Fraktur des 1. und 2. Lendenwirbel-Dornfortsatzes bezw. -Bogens, wobei Paraplegie, die Sensibilität nur am linken Oberschenkel erhalten, Blasen- und Mastdarmlähmung vorhanden war. Die Nerven der Cauda equina fanden sich theils gequetscht, theils zerrissen. Nach drei Monaten war das rechte Bein aktiv beweglich, das linke paralytisch! Die Blasenentleerung erfolgte spontan, die Sensibilitätsstörung blieb bis zur Mitte des linken Oberschenkels normal. Derselbe Erfolg wäre ohne Operation auch wohl erreicht worden.

In einem anderen Falle mit Vorwölbung am 9.—11. Brustwirbeldorn fand er erst nach Resektion von im Ganzen 7 (!) Wirbelbogen einen Bruch des 5. Brustwirbelbogens und eine Erweichung des Marks in der Höhe des 11. Brustwirbels! Das schliessliche Ergebniss war gleich Null. In einem dritten Fall glaubt er durch Resektion des 2. und 3. Lendenwirbelbogens am dritten Tage und Entleerung einer unter Druck stehenden intrameningealen Blutansammlung das anscheinend unversehrte Mark entlastet zu haben. Der Erfolg bestätigt seine Annahme keineswegs. Denn nach zwei Jahren ging der Patient noch an Krücken und die Sensibilität beider unteren Extremitäten war gering. Bei einer Fraktur im Bereich des 5. und 6. Brustwirbels endlich machte man die Reduktion nach Calot, die Deformität schwand unter hörbarem Krachen. Der Mann wurde wieder zu Ackerarbeit fähig. Berücksichtigt man aber, dass eine komplette Querschnittsläsion nicht bestanden haben kann, da im Bereich der Paraplegie enorme Hyperästhesie bestand, so wird man auch den Erfolg dieser grossen Anstrengung (4 Mann an den Beinen, 4 an Armen und Schultern) nicht allzu hoch veranschlagen dürfen. Unsere Erfahrungen lehren, dass die Reduktion grosse Mühe selten macht, dass sie aber, wo es der Fall ist, als ein recht gefährlicher therapeutischer Eingriff angesehen werden muss.

Ueber schwerere frische Wirbelsäulenverletzungen berichten Wörner (Schwäb. Gmünd): Zur Kasuistik der Wirbelsäulenverletzungen (Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II, 1899), und Spiridonow (Warschau): Zwei Fälle von Fraktur der Wirbelsäule in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht (Archiv für klinische Chirurgie Bd. 65 II, 1902).

Des ersteren drei Fälle sind jeder in seiner Art recht interessant und gut beschrieben. Es handelt sich erstens um einen Fall von anatomisch nahezu vollständiger, klinisch das Bild totaler Querschnittsläsion darbietender Halsmarkquetschung ohne ernstere anatomisch nachweisbare Wirbelläsion. Auch das erst sekundäre Auftreten der Paraplegie ist praktisch überaus interessant. Ein überfahrener kräftiger Mann wird mit einem Oberschenkelbruch ins Spital gebracht; er fühlt zwischen den Schultern heftige Schmerzen, ohne dass an der Wirbelsäule etwas zu finden ist. Nach Anlegung des Heftpflasterzugverbandes in guter Narkose noch gute Motilität der Extremitäten. In der folgenden Nacht tritt unter Schmerzen zwischen den Schultern totale motorische und sensible Lähmung der Beine, der Rumpfathemmuskeln, Erectio penis und eine partielle sensibel-motorische Lähmung auch der Arme ein. Der Patient bekommt schon am dritten Tage eine schwere Cystitis mit mächtiger Epithelabstossung und geht am 28. Tage an Sepsis zu Grunde. Am gebrochenen Oberschenkel findet man reichliche Kallusbildung, ein beachtenswerthes Moment in der Diskussion über die Existenz trophischer Rückenmarksbahnen!

An der Wirbelsäule fand sich eine abnorme Beweglichkeit in der Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel.*) Das Rückenmark zeigte in dieser Höhe eine ausgedehnte breiige Erweichung, die nur von einem schmalen Mantel erhaltener Rückenmarkssubstanz einschliesslich Pia zusammengehalten wurde. Das Mark erschien nach Eröffnung der Dura an dieser Stelle nicht deformirt, plattgedrückt! Es handelt sich also um eine Distorsion der Halswirbelsäule mit tödtlicher Markquetschung.

Den zweiten Fall von Wörner, den er als Spondylitis traumatica beschreibt, werde ich später mitberücksichtigen. Der dritte Fall ist eine diagnostisch nicht ganz aufgeklärte, mit Glück eingerichtete, aber später reluxirte Luxation des Atlas bei einem Knaben. Wörner hat sich der Röntgenphotographie bei Wirbelsäulenerkrankung mit bestem Erfolge bedient. In der That ist ja jetzt die ganze Wirbelsäule, ausgenommen den 8. Brust- bis 1. Lendenwirbel, mit den verbesserten Apparaten sehr deutlich zur Anschauung zu bringen.

Spiridonow berichtet, leider ohne Kenntniss der einschlägigen Literatur und darum auch ohne genügenden klinischen Befund über eine Kompressions-Fraktur des 1. Lendenwirbels und über eine solche des 7. Halswirbels.

Drei grade für den Gutachter recht beachtenswerthe Beobachtungen theilt E. Schäffer (Bingen) mit: Ueber Wirbel- und Rückenmarksläsion (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901, 6). An dem ersten Fall interessirt der Entstehungsmechanismus, es kam durch eine schiebende direkte Gewalt zu einer Vorwärtsdislokation der oberen Lendenwirbel, die auch durch die Bauchdecken als Prominenz fühlbar waren. Dabei bestand Verkürzung der unteren Rumpfhälfte, primäre Lordose mit kompensirender Skoliose und tiefe Furchenbildung in den Bauchdecken oberhalb des Nabels, letzteres ein noch wenig beachtetes objektives Zeichen für die schwere Störung der statischen Verhältnisse. Endlich bestand in der Anococcygealgegend starke Hyperidrose. Auch Anidrose sah er in Folge Rückenmarkstrauma auftreten. Aus der Mittheilung zweier Fälle von Sakralmark- bezw. Kaudaläsion sei als besonders wichtig hervorgehoben, dass in einem Fall die Kyphose zwar deutlich sichtbar war, das Röntgenbild aber dabei doch keinen Aufschluss gab und dass in einem anderen, nachdem bereits erhebliche Besserung eingetreten und dieser Zustand auch längere Zeit stationär geblieben war, ohne äusseren Anlass eine Verschlimmerung eintrat, schwere motorische und sensible Störungen. Im Gegensatz zu Kienböck, dessen Arbeit dem Verfasser noch nicht bekannt sein konnte, zieht Schäffer aus letzterem Falle den Schluss, dass sich eine Syringomyelie aus traumatisch entstandenen Blutungen noch nach Jahren entwickeln kann. Als sicher beweisend wird man diesen Fall nicht ansehen können.

Giss: „Ueber einen Fall von Abfluss kolossaler Mengen von Cerebrospinalflüssigkeit". (Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. VIII, 1901) berichtet über die Folgen eines Messerstichs ins Genick. Der 23jährige Verletzte ging 6 km nach Haus, ohne den Begleitern etwas von der Wunde zu sagen. Der erst am 3. Tage zugezogene Arzt fand eine kleine Wunde in Höhe des 6. Halswirbeldornfortsatzes links von der Mittellinie, Lähmung des rechten Arms, Schmerzen bei passiver Bewegung desselben, 39° Temp. Es waren schätzungsweise 2—3 Liter Cerebrospinalflüssigkeit abgeflossen. Am 5. Tage wurde eine $7^1/_2$ cm lange Messerklinge entfernt. Erst nach 5 Wochen schloss sich die Wunde endgiltig, bis dahin mochten mindestens 30 Liter Cerebrospinalflüssigkeit entleert sein. Zwei Jahr später war der Verletzte zwar noch immer etwas blass, aber im Allgemeinen kräftig und munter, nur gegen Alkohol überaus empfindlich.

Nach einem Messerstich zwischen 7. Hals- und 1. Brustwirbel, den von Arx (Olten) (Korrespond. Bl. für Schweizer Aerzte 1898) beschreibt, trat bei linksseitiger Einstichöffnung rechtsseitige Halsseitenläsion auf. Es blieb nach anfänglich rascher Besserung spastisch-paretischer Gang zurück.

Von leichteren direkt traumatischen Erkrankungen des Rückgrats sei noch jener Fälle gedacht, die als sogenannte Meningocele spinalis spuria traumatica beschrieben worden sind. Liniger hat diese Bezeichnung eingeführt, Schanz und Thiem haben sie aufgenommen. Letzterer bleibt auch jetzt noch auf diesem Standpunkt stehen, wie aus einer neueren Arbeit seines Schülers Schmidt (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901, 7) hervorgeht. Die genannten Autoren sahen wiederholt nach schweren Quetschungen der Kreuzlendengegend hier eine subkutane Flüssigkeitsansammlung. Der durch Punktion gewonnene Inhalt hat, wenn man von grösserer oder geringerer Blutbeimengung absieht, hohe Aehnlichkeit mit Cerebrospinalflüssigkeit. Es ist Lymphe. Kleine Symptome von Spinalreizung (Parästhesieen bei Druck auf den Tumor), das scheinbare Verschwinden der undulirenden Flüssigkeit bei vorwärts geneigtem Rumpf, die Wiederkehr nach Entleerung durch Punktion und endlich das Wirbelsäulentrauma haben diese Autoren dazu geführt, eine Art Cerebrospinalfistel anzunehmen, eine Kommunikation des peri- bezw. intramedullären Lymphraumes mit einer subkutanen Tasche, welche durch das Trauma gebildet ist. Die einen lassen diesen Erguss durch die Zwischenwirbellöcher und zwar durch die blindsackartigen Durafortsätze, die andern durch Einrisse im Bandapparat erfolgen. Referent hat früher bereits an der Hand von zwei eigenen Beobachtungen (Wagner-Stolper, Seite 339 u. f.) und neuerdings mit einer dritten zweifellos gleichartigen Verletzung gegen die oben angeführte Deutung und die dies ausdrückende Benennung Stellung genommen in einer Arbeit: „Die sogenannte Meningocele spinalis spuria traumatica, ein traumatisches Lymphextravasat bei Décollement traumatique de la peau". Monatsschrift für Unfallk. 11. 1901. Schon Morel-Lavallée hat einen solchen Fall beschrieben. Die traumatischen Lymphextravasate, deren anatomische Verhältnisse Gussenbauer besonders beschrieben hat, werden auch an andern Körpertheilen vielfach beobachtet, oft wohl nicht richtig erkannt. Köhler hat in $1^1/_2$ Jahren 22 Fälle von Décollement traumatique gesehen. Tangential einwirkende stumpfe Gewalten quetschen, oft ohne eine äussere Wunde zu machen, eine Gewebs-, Muskel- oder Hautschicht von der Unterlage ab; es kommt dabei zu ausgedehnten Zerreissungen von Lymphbahnen und grossen Lymphergüssen. Nicht anders ist der Vorgang nach meiner Ansicht bei der irrthümlich sogenannten Meningocele spinalis spuria traumatica; wir können also diesen Namen für das in der That eigenartige Krankheitsbild fürder nicht aufrecht erhalten.

Eine eigenartige Geschwulstform beschreibt C. Winkler-Breslau: Das Myelom in anatomischer und klinischer Beziehung (Virchow's Archiv 161. Bd. 1900). Er bezeichnet es als „ein dem Knochenmark homologes Gewächs, entstanden durch hochgradigste Hyperplasie derselben, und zwar ist stets das rothe Mark der Wirbelkörper, Rippen- oder Schädelknochen in den Zustand excessiver Geschwulstbildung versetzt, nicht

*) Wörner bleibt im Zweifel, ob diese Bandscheibenlockerung vom Unfall herrührt oder bei der schwierigen Auslösung der Halswirbelsäule im Atlanto-Occipital-Gelenk zu Stande gekommen ist. Diese Schwierigkeit ist mir bekannt und ihre Abstellung forensisch überaus wichtig. Ich empfehle in solchen Fällen, die Schädelbasis rund um das Foramen ovale zu ummeisseln, vom Schädelinneren aus. Man nimmt dann die Wirbelsäule in toto mit diesem Schädelbasisring heraus und sägt sie im Schraubstock auf.

das gelbe Mark der langen Röhrenknochen", dessen Geschwülste Metastasen in die Entfernung treiben. Das Myelom hat nur eine auf den Entstehungsort beschränkte Geschwulstausbreitung analog dem Gliom. Uns interessirt das Myelom, weil es vorwiegend in der Wirbelsäule entsteht und weil der Verfasser für den von ihm beschriebenen Fall, wenn auch mit allem Vorbehalt, einem Trauma eine ätiologische Bedeutung beimisst. Ein 47jähriger Schmied fiel aus Mannshöhe mit der rechten Brustseite gegen eine eiserne Welle, klagte danach über Schmerzen in der Gegend, wurde in der sechsten Woche bettlägerig; nach weiteren sechs Wochen traten Zeichen der fortschreitenden Rückenmarkskompression auf, der nach zwölf Tagen schon der Tod folgte, circa vier Monate nach dem Unfall. Bei der Obduktion fand man weiche, markige, grauröthliche Geschwulstmasse in der Spongiosa sämmtlicher Wirbel und Rippen. Die Wirbelsäule war mehrfach zusammengebrochen, zeigte doppelten Gibbus. Nach Winkler kann eine Erschütterung des Thorax eine Verletzung des Markes der spongiosareichen Knochen desselben zur Folge haben und bei dem Heilungsprozess eine Vermehrung der Wachsthums-Energie, eine Steigerung der Proliferations-Fähigkeit der Zellen des rothen Marks und damit die Geschwulstbildung anregen.

(Schluss folgt.)

Chirurgie.

Subkutane Zerreissung des Sinus longitudinalis durae matris.

(Aus der chir. Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.)

Von Primärarzt Dr. Riegner.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 62, Heft 3 und 4.)

Ein Arbeiter fiel aus grosser Höhe aufs Pflaster und wurde gleich darauf in das Krankenhaus verbracht. Er war bei voller Besinnung, blutete aus dem rechten Nasenloch und erbrach oft. Die gleich weiten Pupillen reagirten gut; Lähmungen bestanden nicht. Der grösste Theil der Galea war durch einen schwappenden Bluterguss abgehoben; an einer umskripten Stelle neben der Medianlinie fanden sich jedoch die Weichtheile tief eingezogen und hafteten am Knochen fest. Der Puls, anfangs 74, sank allmählich auf 52 Schläge in der Minute; in den nächsten Tagen traten bis zur Raserei zunehmende Kopfschmerzen auf. Am fünften Tage bestand linksseitige Stauungspupille.

Diese Anzeichen deuteten auf eine Blutung im Schädel hin, welche bei dem langsamen Entstehen mit aller Wahrscheinlichkeit eine Venenblutung war. Eine Verletzung der Meninga media konnte bei dem Fehlen aller Erscheinungen von Seiten der Centralwindungen fast ausgeschlossen werden. Es wurde zur Operation geschritten. Bei Ablösung der abgehobenen Galea fand sich diese an einer Stelle in einen von vorn nach hinten rechts von der Mittellinie verlaufenden Knochenspalt eingeklemmt, aus welchem es blutete. Nachdem zur Feststellung des Sitzes der Blutung ein ungefähr 3×4 cm grosses Stück neben dem Spalt ausgemeisselt war, stürzte ein grosser Schwall von Blut vor, so dass Nichts übrig blieb, als zu tamponiren. Hierauf stand die Blutung. Als am vierten Tage der Tampon entfernt wurde, fand sich ein $1^1/_2$ cm langer Riss in der harten Hirnhaut, aus welchem die aus dem Längsblutleiter stammende Blutung stattfand. Diese wurde durch Umstechung definitiv zum Stehen gebracht. Der Wundverlauf war ein guter. Die Stauungspupille bildete sich zurück, so dass nach zwei Monaten halbe Sehschärfe bestand.

Niehues-Berlin.

Ueber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels.

Von Professor Dr. Tilmann.

(Archiv für klinische Chirurgie Bd. 66.)

Die Schussverletzungen des Schädels sind wiederholt der Gegenstand eingehendster experimenteller Studien gewesen, so dass in den Ansichten über ihre Theorie, über die Mitwirkung des Gehirns bei ihrer Entstehung und über die hier in Betracht kommenden physikalischen Gesetze Klarheit und grösstentheils Uebereinstimmung herrscht. Dagegen wurde die Mitwirkung des Gehirns bei der Entstehung der durch stumpfe Gewalt erzeugten Schädelbrüche bisher nicht in genügender Weise gewürdigt. T. hat sie zum Gegenstand eingehender experimenteller Untersuchungen gemacht und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen:

1. Die bisher angenommenen Zahlen für die Elastizität des knöchernen Schädels bedürfen einer Einschränkung, da die Lamina ext. gegen die int. eingedrückt werden kann, ohne dass Letztere eine Schädigung erleidet.

2. Hirnverletzungen bei unverletztem Schädel können auch ohne Inanspruchnahme der Elastizität des Schädels erfolgen, da das Gehirn im Schädel beweglich ist und in Folge seines Beharrungsvermögens bei plötzlicher Störung der Ruhelage oder bei plötzlicher Hemmung einer Bewegung gegen die Schädelwand angeschleudert werden kann.

3. Bei doppelseitigem Angriff auf den Schädel kommen die Knochenbrüche nach den bekannten Gesetzen der Schädelelastizität ohne Mitwirkung des Gehirns zu Stande.

4. Bei einseitigem Druck auf den unterstützten Schädel sind dieselben Grundsätze massgebend.

5. Bei einseitigem Stoss auf den unterstützten und den schwebenden Schädel kommt eine Flachlegung der getroffenen Schädelpartie mit Fissuren zu Stande; bleibt die Dura intakt und sind die Bruchstücke deprimirt, so entsteht neben dem Stoss noch ein hydraulischer Druck im Schädel, der denselben auseinander sprengen kann. Diese Sprengung geschieht gewöhnlich in den durch das Trauma gesetzten Fissuren durch Verlängerung derselben. Ist die Dura mit verletzt, so kommt ein hydraulischer Druck nicht zu Stande; dann entwickeln sich durch Fortpflanzung des Stosses im Gehirn Quetschungen und Contracoup-Quetschungen. Ausschliesslich Contracoup-Quetschungen sind nur beim Stoss gegen den frei schwebenden Schädel möglich.

6. Bei Verletzungen durch Fall und Aufschlagen bringt das in Folge seines Beharrungsvermögens und seiner Schwere gegen die Aufschlagstelle angeschleuderte Gehirn die durch den Aufschlag gesetzten Fissuren zum Klaffen und verschlimmert die Knochenzerstörung.

7. Die indirekten Orbitaldachfrakturen bei Schussverletzungen sind eine Folge der Schusswirkung auf das Gehirn. Bei stumpfer Gewalteinwirkung ist es sehr wohl möglich, dass dieselben Folgen der Einwirkung der Schädigung auf das Gehirn sind.

Niehues-Berlin.

Eindringen eines Pfeifen-Mundstücks in den Gaumen und Durchbohrung des Bodens der Augenhöhle.

Von Dr. Herbert J. Ilott.

(The Lancet 30. Nov. 1901.)

Ein 42 Jahre alter Mann fuhr auf einem Zweirad bergab, dabei riss ihm die Kette der Maschine, und er wurde mit wuchtigem Schlag auf die Strasse geschleudert. Während des Fahrens hatte er eine Tabakspfeife im Munde; auch die Pfeife wurde zerbrochen. Er bemerkte, dass das Mundstück der

Pfeife fehlte, glaubte aber, dass es irgendwo auf der Strasse liege und suchte weiter nicht danach. Durch den Sturz hatte er sich einen Bruch des linken Handgelenks zugezogen, ausserdem fühlte er Schmerzen auf der rechten Seite des Gesichts und aus seinem Munde lief Blut, welches von einer Wunde der Innenseite der rechten Wange aus der Gegend des ersten Mahlzahns stammte. Eine genauere Untersuchung des Mundes war unterblieben. Die Schwellung des Gesichtes nahm allmählig zu und wurde sehr schmerzhaft. Die Augenlider schwollen so an, dass der Kranke mehrere Tage lang nicht aus dem rechten Auge sehen konnte. Erst als diese Schwellung etwas zurückging, bemerkte man, dass der Augapfel mehr hervortrat und dass der Kranke Doppeltsehen hatte. Man dachte an einen Bruch der Augenhöhle uud an Abscessbildung. Niemand vermuthete, dass ein Fremdkörper die Ursache sein könnte. Erst einen Monat nach der erlittenen Verletzung entdeckte man durch Sondirung vom Munde her zuerst eine Eiterhöhle und dann erst den Fremdkörper, welcher aus dem Mundstück der Tabakspfeife bestand, und welches eine Länge von fast 3 Zoll hatte. Die Sonde konnte vom Munde aus bis in die Augenhöhle durch den durchbrochenen Knochen hindurchgeführt werden. Nach Entfernung des Fremdkörpers verheilte die Wunde ziemlich schnell, der Augapfel nahm seine normale Lage und Gestalt ein und auch das Doppeltsehen verschwand.

Franz Meyer-Berlin.

Traumatisches Emphysem der Augenlider.

Von J. G. Watt.

(The Brit. Med. Journal 15. März 1902.)

Beim Fussballspiel war ein 27 Jahre alter Mann an dem unteren Rand der Augenhöhle durch Stoss verletzt worden. Er setzte das Spiel fort; wenige Minuten später aber bemerkte er, nach dem Schneuzen der Nase, dass die beiden Augenlider mit Luft gefüllt wurden und dadurch vollkommenen Verschluss des Auges veranlassten. Am Auge selbst sah man Schwellung, aber kein Zeichen von Quetschung und man fühlte beim Drücken das charakteristische Knistern. Das Auge selbst war normal, nirgends bemerkte man eine Blutung. Die Luft wurde in wenigen Tagen resorbirt. Wie das Emphysem zu Stande gekommen ist, ist nicht ganz klar; vielleicht ist durch einen Bruch des Knochens eine Verbindung der Augenhöhle und des Sinus frontalis zu Stande gekommen und dadurch Luft bei dem heftigen Schneuzen der Nase in die Augenlider eingedrungen. Franz Meyer-Berlin.

Vergiftungen.

Selbstmord durch Schwefeldunst. Erstickung oder Vergiftung?

Von Kreisphysikus Dr. Oehmke-Ballenstedt.

(Zeitschr. f. Med. B. 1902, No. 6.)

Der sehr eigenartige Fall betrifft einen 65jährigen Mann, welcher Selbstmord verübte, weil er schwer an Asthma litt. Er kaufte sich für 25 Pfg. Schwefel, schloss Fenster und Thüren und zündete den Schwefel an. Am nächsten Morgen fand man ihn todt im Bette.

Die wichtigsten Punkte im Obduktionsbericht waren Folgende: die Hautfarbe war grünlich — die Sektion fand zwei Tage nach dem Tode im Hochsommer statt —, an den Knieen und Unterschenkeln zeigten sich hell rosafarbene Flecke, das Gehirn war blutreich und schmutzig grün, die Kehlkopfschleimhaut schwarzgrün, die Milz fast schwarz.

Das Blut war flüssig, schmutzig braunroth, von unangenehmem Geruch. Die Form der Blutkörperchen war unverändert, aber sie sahen blass aus. Spektroskopisch fand sich statt der beiden Streifen des normalen Blutfarbstoffes ein etwa die gleiche Stelle, aber einen grösseren Raum einnehmendes verwaschenes Band und ein zweites Band in roth. Thierblut, welches mit Lösung von schwefliger Säure versetzt wurde, gab vollkommen dasselbe Bild. Es wurde festgestellt, dass das Leichenblut auf 100 Kubikzentimeter etwa 0,32 Gramm Säure enthielt.

Vom Gericht wurde die recht unwesentliche Frage gestellt, ob der Tod durch Erstickung oder Vergiftung eingetreten sei. Verf. neigt zur Annahme der Vergiftung.

Der Fall scheint in der medizinischen Literatur bisher einzeln dazustehen.

Folgen einer Salzsäurevergiftung.

Von R. Conzens-Bailey.

(The Brit. Med. Journal. 1. März 1902.)

Ein Dienstmädchen von 21 Jahren hatte sich mit Salzsäure vergiften wollen. Seitdem klagte es über zunehmende Beschwerden beim Schlucken, über Abmagerung, Aufstossen und Erbrechen von grossen Mengen klarer schaumiger Flüssigkeit. Häufige Versuche mit dünnen Bougies hatten wenig Erfolg. Man entschloss sich endlich zur Gastrotomie, welche die Patientin nur 9 Tage überlebte. Bei der Sektion fand man die Speiseröhre durch Narbengewebe der Wirbelsäure fest adhärent; eine fibröse Striktur, welche man nur mit dünnem Katheter passieren konnte, fand man gegenüber dem Schildknorpel des Kehlkopfes und darunter eine ausgedehnte Ulceration der Schleimhaut. Ferner fand sich am Pylorusende des Magens ein grosses Geschwür, das bis auf die Serosa zu verfolgen war. Die Oeffnung des Pylorus war bis zur Dicke eines Rabenfederkiels verengt. Der Fall ist deshalb bemerkenswerth, weil man zu Lebzeiten der Kranken nur die besonders hervortretenden Symptome von Seiten der Speiseröhre beachtet hatte, während die ausgedehnte Veränderung des Magenausgangs unbemerkt geblieben war.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber Phosphor und Arsen als Fruchtabtreibungsmittel.

Von Prof. Dr. Kratter-Graz.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1902, Januar.)

Der Phosphor ist als Fruchtabtreibungsmittel schon seit lange bekannt, doch wird bei Phosphorvergiftungen auf diesen Zweck der Einverleibung des Giftes wohl häufig noch nicht genügend geachtet. Kratter ist in der Lage, wieder sieben Fälle mitzutheilen, in denen ledige Mädchen Phosphor genommen hatten. Sechs von den Vergifteten starben, und es wurde zum Theil erst durch die Sektion die Schwangerschaft festgestellt. Die Siebente, welche selbst den verbrecherischen Zweck eingestand, kam mit dem Leben davon. Es stellte sich übrigens nachträglich heraus, dass die Betreffende sich geirrt hatte und gar nicht schwanger war.

Die Kratter'schen Fälle lehren, dass der Phosphor das denkbar schlechteste Fruchtabtreibungsmittel ist, denn unter sechs Malen war nur zweimal die Fehlgeburt wirklich erfolgt. Dennoch scheint er in Steiermark ziemlich häufig Verwendung zu finden. In Graz kamen von 1884 bis 1900 52 Phosphorvergiftungen, darunter 45 bei Frauen vor, von denen wiederum nur vier das vierzigste Lebensjahr überschritten hatten.

Arsenik als Fruchtabtreibungsmittel ist im Allgemeinen selten. Das klassische Werk von Lewin und Brenning kennt nur neun Fälle davon. Aus Steiermark, dem Lande der Arsenikesser, theilt Verfasser weitere fünf Fälle mit. Theils fand die Vergiftung mit gelbem oder rothem Schwefelarsen, theils mit weissem Arsenik statt. Bemerkenswerth ist, dass in einem dieser Fälle der Ehemann das Gift heimlich

sowohl von der Scheide als vom Magen aus, beizubringen gewusst hatte. Das Gift ist ebenso gefährlich und für den beabsichtigten Zweck vielleicht noch ungeeigneter als Phosphor. Obwohl die Bevölkerung ziemlich unschwer in der Lage ist, sich in den Besitz des Giftes zu setzen, und obwohl wahrscheinlich mehr Arsenik-Selbstmorde, als man gemeinhin annimmt, in Wirklichkeit missglückte Fruchtabtreibungen darstellen, ist doch die Zahl der bekannt gewordenen Todesfälle weit geringer als bei Phosphor, die Männer überwiegen die Frauen, und unter diesen sind mehr ältere, als unter den durch Phosphor Vergifteten.

Ueber Brommethylvergiftung.

Aus der med. Klinik in Basel.

Von Jaquet.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin, Bd. 71, H. 4 u. 5 p. 370-386.)

Rückgreifend auf eine Veröffentlichung von Schuler von Mollis in der Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1899, p. 698 (Vergiftung mit Brommethyl?) berichtet Jaquet über Fälle, die von den Beobachtungen Schuler's nicht unwesentlich abweichen und sicher auf Brommethyleinathmung beruhen. Die Vergiftungsbilder sind durch primäre Schwächezustände, Schwindel, Dyspnoe, Amblyopie, Diplopie in leichteren, durch psychische Unruhe, Tobsuchtsanfälle und Delirien in schwereren Graden charakterisirt. Während bei einem 35jährigen Arbeiter in 14 Tagen alle Erscheinungen verschwanden, bildete sich bei einem 30jährigen nicht unabhängig von den Bestrebungen um die Unfallsrente eine traumatische Hysterie bezw. Hypochondrie aus. Versuche an Kaninchen mit kontrollirten Brommethylmengen ergaben eine Abnahme der Spontaneität, Unvermögen normaler Haltung, allmähliche Abnahme der zuvor intakten Reflexerregbarkeit und Sensibilität, schliesslich letale Athmungslähmung in offenbarem Zusammenhang mit agonalen Konvulsionen. Bei Mensch und Thier schreitet die Wirkung des Brommethyls auch nach seiner Eliminirung voraussichtlich in Folge tiefer irreparabler Läsionen des Zentralnervensystems weiter fort. Von Gliedern der homologen Reihe wirkt das in eine toxikologische Gruppe mit dem Brommethyl zusammenzufassende Jodmethyl im ersten Stadium fast genau ebenso, bedingt aber im Gegensatz zu dem Brommethyl eine weit stärkere psychische Aufregung, ohne freilich dabei in Schnelligkeit und Stärke die Jodoformintoxikation zu erreichen. Uebrigens ist diese letztere — beim Menschen im Gegensatz zum Thier durch psychische Alterationszustände geradezu charakterisirt — mit der Jodmethylintoxikation trotz zweifelloser Analogie nicht in einer Gruppe vereinbar. Das Bromäthyl und das Bromoform, welche den schnellen Eintritt der Betäubung gemeinsam haben, unterscheiden sich von dem Brommethyl durch die auf der Ausscheidbarkeit beruhende vorübergehende Wirkung; denn eine länger anhaltende Wirkung, wie sie von Jendritza und Dreser veröffentlicht ist, muss für Bromäthyl als selten gelten. Akute Brom- und Jodwirkungen, bei denen man Inhalationen wegen der vorherrschenden örtlichen Reizerscheinungen nicht heranziehen kann, äussern sich in Schwindel. Müdigkeit, Sehstörung. Ob derartige Symptome auch grösseren Dosen Jodkali zur Last gelegt werden können, muss bei der guten Verträglichkeit derselben nach der Meinung des Autors mindestens fraglich bleiben. Derselbe fasst seine Beobachtungen dahin zusammen, dass Jod- und Brommethyl eine toxikologische Gruppe für sich bilden.

Ziegenhagen-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Zwei Diskussionen über das Recht des Arztes zur Fruchttödtung.

I. Berl. Med. Gesellsch. 1902, Sitzungen vom 22. und 29. Januar, 5. und 12. Februar.

Herr **Kossmann**: Indikation und Recht zur Tödtung des Fötus.

Nach einer Einleitung historischen Inhalts geht K. zunächst auf den Standpunkt des Deutschen Strafrechts gegenüber der Fruchttödtung durch den Arzt ein. Er vermisst im Gesetz eine klare Bestimmung, durch welche die Bestrafung der Fruchttödtung ausser Geltung gesetzt wird, sobald sie vom Arzt zur Rettung der Mutter unternommen wird. Die Kommentatoren seien hiervon zwar sämmtlich überzeugt, vermögen aber nicht, ihre Anschauung durch Rechtsgründe zu beweisen. Vom ethischen Standpunkte meint Vortr., zweifellos werde man die künstliche Fehlgeburt nur einleiten dürfen, wenn man überzeugt sei, das kindliche Leben auch durch Verlängerung der Schwangerschaft nicht retten zu können. Unter diesem Gesichtspunkte geben unstillbares Erbrechen, Schwangerschaftsniere, Schwindsucht, Veitstanz, Epilepsie an sich keine Anzeigen zur Einleitung des Aborts. Was die Kindstödtung unter der Geburt betreffe, so sei abzuwarten, sobald bei abnormer Lage eine spontane Geburt ohne weitgehende Lebensgefahr für die Mutter nicht völlig unwahrscheinlich sei.

Ob man das Kind tödten dürfe, um die Mutter zu retten, das hänge von der Bewerthung der beiden Leben einander gegenüber ab. Statistisch sei festgestellt, dass das neugeborene Kind in Bezug auf voraussichtliche Lebensdauer der 23jährigen Mutter gleichstehe, einer älteren Mutter überlegen sei. Ferner sei das Leben des Kindes auch öfters in vermögensrechtlicher Beziehung wichtig. Gegen Behauptungen wie die, dass beim Tode der Mutter das Kind einen geringen Lebenswerth habe, oder dass die überlebende Mutter noch mehr Kinder gebären werde, sei vielerlei einzuwenden. Ferner sei zu berücksichtigen, ob nicht individuelle Verhältnisse (Syphilis, Krebs etc.) die Lebensaussichten des Kindes oder der Mutter ungünstig beeinflussten.

Sehr wichtig sei die Frage, ob überhaupt die Operationsaussichten für die Mutter bei Kindestödtung besser seien als bei derjenigen Operation, die das kindliche Leben rette, dem Kaiserschnitt. Auf Grund einer englischen Statistik hält K. das für unwahrscheinlich. Er räth dem Arzte, falls der Kaiserschnitt abgelehnt wird, die Leitung der Geburt niederzulegen und jede Verantwortung abzulehnen, statt zur Fruchttödtung zu schreiten.

Diskussion.

Herr Th. Landau bekämpft den Standpunkt, dass die Einleitung des künstlichen Aborts von der Unmöglichkeit, das Kind zu erhalten, abhängig zu machen sei. Selbst wenn die Beendigung der Schwangerschaft möglich erscheine, gebiete doch in manchen Fällen die Rücksicht auf die Mutter Einleitung der Fehlgeburt. Freilich dürfe man in anderen Fällen, wenn die Mutter doch nicht zu retten sei, wieder auch nicht das Kind zu opfern, um ihr die Beschwerden der Schwangerschaft zu nehmen.

Herr Dührssen geht noch weiter als der Vortragende, er räth dem Arzte, überhaupt keinen künstlichen Abort mehr einzuleiten, um bei der Unvollkommenheit des Strafgesetzbuches sich nicht schweren Strafen auszusetzen. Im konkreten Falle könne man nie wissen, ob die Sachverständigen überzeugt sein werden, dass die Operation durch die thatsächlichen Verhältnisse gerechtfertigt gewesen ist. Aehnlich sei es mit der Tödtung des Kindes in der Geburt. Pinard in

Paris stehe z. B. auf dem Standpunkt, diesen Eingriff als völlig unberechtigt zu erachten. Ein solcher Sachverständiger genüge, um einen wegen des betr. Eingriffs angeklagten Arzt verurtheilen zu lassen. Er selber ist übrigens kein so begeisterter Anhänger des Kaiserschnitts wie Kossmann. Für die Landpraxis z. B. seien die Resultate grosser Kliniken nicht massgeblich. Eine Aenderung des Strafgesetzbuchs sei dringend geboten.

Herr Kaminer, der früher Gelegenheit genommen hat, den künstlichen Abort bei Tuberkulose zu empfehlen, theilt Kossmanns Befürchtungen nicht. Umfragen bei einer grösseren Anzahl hervorragender Juristen haben ihm übereinstimmend ergeben, dass alle diese Herren bei Einwilligung der Mutter die ärztlicherseits als nothwendig erachtete Einleitung des Aborts für nicht strafbar hielten. Entsprechend äussere sich Olshausen in seinem Kommentar. Noch nie sei bisher ein Arzt wegen rechtlicher Fruchttödtung vor Gericht gezogen worden.

Scharf wendet K. sich gegen die Auffassung, als sei das kindliche Leben höher als das der Mutter zu bewerthen. Keineswegs geht er aber so weit wie Maragliano, der aus Rücksicht auf das Gemeinwohl die Schwangerschaft einer Tuberkulösen beendet, um die Züchtung eines tuberkulösen Stammes zu verhüten. In dieser Absicht sei es vielmehr Sache der Aerzte, mehr als bisher Massnahmen zur Verhütung der Konzeption zu berücksichtigen.

Herr Freund steht auf Kaminers Standpunkt bezügl. der künstlichen Fehlgeburt; er räth, vor derartigen Eingriffen den vorgefundenen Zustand durch ein Aerztekollegium genau protokolliren zu lassen, in Rücksicht auf eventuelle spätere Sepsis.

Die Kindstödtung in der Geburt hält er praktisch für unentbehrlich.

Herr Czempin glaubt, dass Kossmanns Ausführungen mehr Verwirrung als Klarheit in die Sachlage gebracht haben. Er steht bezügl. des künstlichen Aborts etwa auf Kaminers Standpunkt. Was den Kaiserschnitt betrifft, so sei es nicht zu rechtfertigen, einer Frau, die schon mehrere Kinder gehabt habe, etwa bei Myom oder dergl. den Kaiserschnitt anzurathen. Die gute Statistik werde nur so lange bestehen, als die Operation selten und nur unter günstigsten Bedingungen ausgeführt werde; wolle man sie für die Praxis allgemein empfehlen, so werde man bald wieder 50 bis 60 statt 3 Prozent Todesfälle haben.

Herr Friedemann legt an Beispielen aus dem Leben dar, was man mit Kossmanns Maximen in der Landpraxis aus- und anrichten würde.

Herr Bruno Wolff betont gegenüber dem Vortragenden dass die Vergleichung der mittleren Lebensdauer von Mutter und Kind zu Trugschlüssen führe. Zunächst habe man daran zu denken, dass das neugeborene Kind lediglich hilfsbedürftig sei, während die Mutter eine schwer zu entbehrende Persönlichkeit mit zahlreichen Pflichten und Aufgaben sei.

Auf Grund einer Statistik aller poliklinischen Kindstödtungen von der Charité aus innerhalb zwei Jahren stellt W. die Aussichten dieser Operation selbst unter den ungünstigen Verhältnissen der poliklinischen Praxis als äusserst günstig für das Leben der Mutter dar. Aber abgesehen vom Vergleich der Zahlen liege die Sache so, dass man meist erst nach dem Blasensprung, also zu einer Zeit, wo die Chancen des Kaiserschnitts bereits sehr ungünstig seien, ja sogar in einem Stadium, in dem der Kaiserschnitt unmöglich sei, gerufen werde. Die Craniotomie sei heute seltener nötig als früher, sie sei in gewissen seltenen Fällen durch den Kaiserschnitt zu ersetzen, sie sei an strenge Anzeigestellung zu binden — aber wenn diese Anzeigen erfüllt seien, habe der Geburtshelfer die Pflicht, diesen Eingriff vorzunehmen.

Nachdem Dührssen seinen Standpunkt noch einmal präzisirt hat, fasst Kossmann das Ergebniss der Erörterung zusammen. Er giebt zu, dass der ethische Gesichtspunkt, den er selbst einnehme, nicht von Jedermann getheilt zu werden brauche. Die Unvollkommenheit des Strafgesetzbuchs in dem von ihm gekennzeichneten Sinne sei nicht zu bestreiten und müsse beseitigt werden.

II. Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg, Sitzung vom 6. Januar 1902.

Herr **Unterberger:** Zur Indikation des künstlichen Aborts.

U. hat die Erfahrung gemacht, dass in letzter Zeit die Aerzte ihm viel häufiger als früher Frauen zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt überwiesen. Von 13 Fällen in den letzten zwei Jahren konnte er nur bei vier den Abort als unbedingt angezeigt anerkennen.

Er theilt die Indikationen ein in I. Zufällige Erkrankungen, die zur Zeit der Gravidität bestehen oder entstehen, II. Erkrankungen der Geschlechtsorgane, die künstlichen Abort erfordern, wenn Gravidität eintritt. III. Gefahrbringende Steigerungen von physiologischen oder pathologischen Zuständen durch die Gravidität.

Was die erste Gruppe betrifft, so hält U. Lungen-, Brustfellentzündung, Typhus, akute Exantheme nicht für Anzeigen zur künstlichen Fehlgeburt, Tuberkulose im Allgemeinen auch nicht, Herzfehler aber dann, wenn Kompensationsstörungen bald eintreten und andere Mittel versagen (hierzu ein Belegfall). Sehr wichtig sind nervöse Erkrankungen. Bei Hysterie und Epilepsie fand sich U. nie veranlasst, den Eingriff vorzunehmen, bei Melancholie nur einmal. Man muss auch nicht jede Gemüthsverstimmung bei Schwangeren als Melancholie deuten. Bei einer Polyneuritis nahm U. auf Lichtheims Rath vom Abort Abstand.

Unter Gruppe II sind alle Genitalerkrankungen, allenfalls mit Ausnahme besonders ungünstiger Fälle von Einklemmung der geknickten schwangeren Gebärmutter, auszuschliessen; auch enges Becken giebt heutzutage keine Anzeige mehr.

Unstillbares Erbrechen begründet selten, aber doch in manchen besonders ernsten Fällen, Nierenleiden ebenfalls nur ausnahmsweise die Einleitung der Fehlgeburt. Bei einer elenden Frau mit beiderseitiger Wanderniere, Hydronephrose, zeitweiliger Eiweissausscheidung etc. ging U. noch weiter und nahm die schwangere Gebärmutter ganz heraus.

Diskussion.

Herr Winter mahnt zu strenger Anzeigestellung gegenüber dem überhand nehmenden Drängen der Schwangeren nach Abort. Er hat den Eingriff nur dreimal, darunter einmal nach erfolgtem Fruchttod, gemacht. Praktisch kommen hauptsächlich schwerste Erbrechensfälle, chronische Nierenentzündung in den ersten Schwangerschaftsmonaten und schwerste Melancholieen mit Selbstmordversuchen in Betracht.

Herr Hallervorden hat nie eine nervöse oder psychische Krankheit erlebt, die Fehlgeburt nothwendig gemacht hätte. Die Selbstmordgefahr bei Melancholieen biete keine Anzeige. Der Erfolg sei fraglich.

Herr Hoppe hält Melancholie gleichfalls für keine Anzeige des künstlichen Aborts.

Herr Lichtheim hat nur zweimal Abort für angezeigt gehalten, einmal bei schwerster Chorea, bei der der Erfolg

glänzend war, einmal bei Herzfehler mit Kompensationsstörung in einem Falle, in welchem die Frau jedoch vor eingetretener Wirkung zu Grunde ging. (D. med. W. 1902, No. 7.)

Berliner Bahnärztlicher Verein.

63. Ordentliche Sitzung, Freitag, den 8. November 1901, Abends 8 Uhr, im Spatenbräu, Fiedrichstr. 172.

Vorsitzender: Brähmer, Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftliches.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Professor Arthur Koenig Worte des Nachrufs, in denen er hervorhebt, dass der Verstorbene der Ministerial-Kommission für die Neuordnung der Anforderungen an das Sehvermögen der Eisenbahn-Beamten als Mitglied angehört hat.

Dann giebt der Vorsitzende Kenntniss von folgenden Eingängen:

1. Der Herr Minister hat dem Ausschuss der deutschen Bahnärzte geantwortet, dass er es ablehne, zu einer zweiten Jahres-Sitzung der bahnärztlichen Vereine Freifahrtkarten zu gewähren.

2. In die Liste der Heilstätten der Pensions-Kasse sind aufgenommen: Elgersburg, Ilmenau, Kleinen, Homburg v. d. H. und Salzuflen.

3. Aus der Hinterlassenschaft des verstorbenen Bankiers Plauth ist dem Erholungsheim für Lokomotivführer eine Summe von 20000 Mark zugefallen.

II. Das Anstellungsformular für die Beamten der preuss. Staatsbahnen. Ref. Pollnow, Korref. Silex, Schwechten.

Es findet auf Grund der Referate eine vertrauliche Besprechung der bestehenden Formulare statt, um den Delegirten zum Ausschusse die Ansichten des Vereins zur Kenntniss zu bringen.

III. Heilstätten-Erfahrungen in Anlehnung an einen Besuch in Görbersdorf: Brähmer — wird vertagt.

IV. Anträge betreffend die bevorstehenden Wiederholungsprüfungen: Jung.

Der Vorsitzende bespricht die Nachtheile, die die bisher bestehende Anordnung, dass die Wiederholungsprüfungen durch die Bahnärzte der betreffenden Dienststelle und nicht durch die zuständigen Bezirks-Bahnärzte gemacht werden müssen, für die Bahnärzte hat, sowie das Missverhältniss, in dem das Honorar einzelner Aerzte zu der grossen Arbeit dieser Prüfungen steht. Er wünscht ferner, dass zu diesen Prüfungen dem Bahnarzte ein geeigneter Dienstraum der Bahnhöfe zur Verfügung gestellt wird, sowie ferner, dass für die Untersuchungen ein möglichst langer Zeitraum gewährt wird, so dass dieselben nicht vor März begonnen zu werden brauchen. Schliesslich hält er es für angemessen, dass in den Fällen, in denen von der Zuziehung des Bahnarztes bei einer praktischen Prüfung Abstand genommen ist, dem Bahnarzt von dem Ausfall der Prüfung Kenntniss gegeben wird.

Nach der Diskussion, an der sich Keller, Brähmer und Schwechten betheiligen, wird beschlossen, die Königliche Eisenbahn-Direktion zu ersuchen:

1. Die Wiederholungsprüfungen vom März bis Dezember stattfinden zu lassen.

2. Geeignete Zimmer auf den Bahnhöfen zur Verfügung zu stellen.

3. Die Untersuchungen möglichst nach den Bahnarzt-Bezirken stattfinden zu lassen, und wenn dies nicht angängig sei, den Bahnärzten, welche Dienststellen haben, die höchsten Sätze des Honorars zu gewähren.

V. Aufgenommen in den Verein sind als ordentliche Mitglieder: Dr. Otto, Berlin O., Frankfurter Allee 76, Dr. Seebald, Potsdam, Schützenplatz 1a und Dr. Wentzel, Kremmen. Als ausserordentliches Mitglied: Dr. Litthauer, W., Bellevuestr. 18.

Pollnow, Schriftführer.

64. ordentliche Sitzung, Dienstag, den 18. Februar 1902, abends 8 Uhr, im grossen Sitzungssaale des Anhalter Bahnhofs.

Vorsitzender: Schwechten, Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftliches: Schwechten.

1. Die Königliche Eisenbahn-Direktion genehmigt in ihrer Antwort auf die diesbezügliche Eingabe des Vereins, dass die Wiederholungsprüfungen von März bis Oktober stattfinden sollen, und dass den Bahnärzten für dieselben geeignete Räume auf den Bahnhöfen zur Verfügung gestellt werden sollen. — Die übrigen Anträge werden abgelehnt.

2. Für den Ausschuss des Verbandes deutscher Bahnärzte sind von jetzt an 20 Mark für jedes Ausschussmitglied zu zahlen.

3. Der engere Ausschuss des Verbandes besteht z. Z. aus Brähmer und Schwechten-Berlin, Herzfeld-Halle a. S., Zeitelmann-Bayern, Blume-Baden und Beck-Württemberg.

4. Das von Stich entworfene und im engeren Ausschuss berathene Einheitsformular wird dem Verein in der Aprilsitzung vorgelegt werden, ebenso die dazu gleichfalls von Stich entworfenen Erläuterungen.

5. Aufgenommen als ordentliches Mitglied ist Herr Dr. Riech-Johannisthal.

II. Stellung des Vereins zur beschränkten freien Arztwahl in der Betriebskrankenkasse.

Schwechten verliest ein Schreiben der K. E.-D., in dem mitgetheilt wird, dass von den Arbeiter-Vertretern des Kassenvorstandes die Frage der freien Arztwahl von Neuem angeregt ist, und dass die K. E.-D. die Ansicht der Aerzte über diese Frage kennen zu lernen wünscht.

Regierungs-Assessor Boetticher bemerkt hierzu erläuternd, dass die Mitglieder der Betriebs-Krankenkasse den Wunsch haben, die Auswahl unter den Aerzten benachbarter Bezirke treffen zu können und zwar immer für ein Jahr. Die Direktion habe sich bisher ablehnend verhalten, namentlich auch mit Bezug auf die bevorstehende Aenderung des Krankenkassen-Gesetzes.

Ramm: Die Charlottenburger Kassenärzte haben die in Rede stehende Angelegenheit unter sich besprochen und sind zu der Ansicht gekommen, dass ohne Erhöhung der Kassenleistungen an die Aerzte die beschränkte freie Arztwahl prinzipaliter abgelehnt werden müsse. Die schlechte Kassenlage sei durch die fortgesetzte Höherschraubung der Kassenleistungen an die Mitglieder herbeigeführt, und jetzt, nach Herabsetzung dieser Leistungen, bessere sich die Finanzlage, und sie werde sich noch weiter bessern, wenn die Kassenleistungen nur das gesetzmässige Mindestmass betrügen. Er beantrage, prinzipaliter die beschränkte freie Arztwahl abzulehnen, eventuell eine Kommission zu ernennen, die den Modus einer beschränkten freien Arztwahl zunächst versuchsweise für Charlottenburg festsetzen solle.

Matzdorf fragt, welcher Zahlungsmodus gegebenen Falls eingeführt werden solle.

Regierungs-Assessor Boetticher antwortet, dass, wie in Köln, dies in der Art gedacht sei, dass die Kassenmitglieder im Beginn jeden Jahres sich den Arzt zu wählen hätten und dass dann wie bisher die Pauschalsumme nach der Kopfzahl an jeden Arzt gezahlt werden solle.

Matzdorf stellt fest, dass hiernach eine Erhöhung der Kassenleistungen an die Aerzte nicht eintritt.

Ramm erklärt, unter diesen Umständen die beschränkte freie Arztwahl ablehnen zu müssen, da durch dieselbe den Aerzten zweifellos durch die Nothwendigkeit, Besuche in grösseren Entfernungen als bisher machen zu müssen, grosse Lasten entstehen würden.

In der weiteren Besprechung wird noch von Schubert, Brumm, Simon, Jung gegen die Einführung der beschränkten freien Arztwahl — ohne Erhöhung des Honorars — bezüglich ohne Honorirung nach der Minimaltaxe gesprochen, und es gelangt schliesslich folgender Antrag Ramm zur einstimmigen Annahme:

Die heutige Versammlung des Berliner Bahnärztlichen Vereins beschliesst, mit Rücksicht darauf, dass die Novelle zum Krankenkassengesetz im nächsten Jahre Bestimmungen über die freie Arztwahl treffen wird, bis zu diesem Zeitpunkt die Einführung der beschränkten freien Arztwahl abzulehnen.

Regierungs-Assessor Boetticher fragt an, ob es den Kassenärzten genehm sein würde, wenn zur Verminderung der Bureau-Arbeit statt der einjährigen zweijährige Honorar-Berechnung stattfände. — Die Frage wird verneint. —

III. Kassenrevision.

Pollnow erstattet den Kassenbericht, der mit einer Einnahme von 473,01 Mark, einer Ausgabe von 245,21 Mark und einem Bestande von 227,80 Mark abschliesst. Auf Antrag der Kassenrevisoren Simon und Herzfeld wird dem Kassenführer Entlastung ertheilt.

IV. Neuwahl des Vorstandes.

Schwechten bringt einen Brief Brähmers zur Verlesung, in dem dieser bittet, für dieses Jahr von seiner Wiederwahl Abstand zu nehmen, da sein augenblicklicher Gesundheitszustand und die Neuauflage seiner Eisenbahnhygiene ihn zur Einschränkung seiner Thätigkeit zwinge. Auf Antrag Silex wird trotzdem Brähmer durch Akklamation zum ersten Vorsitzenden gewählt.

Der übrige Vorstand wird durch Stimmzettel gewählt und zwar

Schwechten zum stellvertretenden Vorsitzenden,
Ramm-Charlottenburg, Friedrich Karlplatz 16,
zum Schrift- und Kassenführer,
Pollnow zum stellvertretenden Schriftführer,
Jung, Hahn, Witte zu Beisitzern.

Nach Schluss der Sitzung vereinte ein gemeinsames Mahl in gewohnter Weise zur Feier des Stiftungsfestes die Mitglieder und Gäste. Pollnow, Schriftführer.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erwerbsfähigkeit und Versicherungspflicht im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes bei einem Menschen, der beide Hände verloren hat.

Beschluss vom 29. Mai 1901.

In einem Streitfalle gemäss § 155 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 hatte das Reichs-Versicherungsamt (Abtheilung für Invalidenversicherung) die Frage zu entscheiden, ob Jemand ungeachtet des Verlustes beider Hände im Sinne jenes Gesetzes erwerbsfähig bleiben und deshalb versicherungspflichtig sein könne. Nach § 5, Abs. 4 a. a. O. ist dies nicht mehr der Fall bei Personen, deren Erwerbsfähigkeit in Folge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist, was dann angenommen werden soll, wenn sie nicht mehr im Stande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, ein Drittel Desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Die betreffende Person hatte beide Hände schon vor mehreren Jahren durch einen Unglücksfall verloren und wurde trotzdem seit geraumer Zeit als Waldhüter beschäftigt. Das Reichs-Versicherungsamt hat die Person in dieser Beschäftigung für versicherungspflichtig erklärt, indem es Folgendes zur Begründung ausführte:

Im Allgemeinen kann zwar einem Menschen, dem so wichtige, für die Verrichtung körperlicher Arbeit unentbehrliche Glieder fehlen, nicht die Fähigkeit zugesprochen werden, eine hinreichend lohnende Thätigkeit auszuüben. M., ein im Uebrigen gesunder kräftiger Mann von jetzt 33 Jahren, ist aber seit dem Jahre 1896 im Dienste der Gemeinde Gr. als Waldhüter beschäftigt gewesen und hat als solcher einen jährlichen Lohn von insgesammt 280 M. bezogen. Er hat sich die Fertigkeit angeeignet, vermittelst eines Instruments, welches in einen an seinem rechten Arme befestigten Holzansatz eingeschoben wird, allerhand Verrichtungen vorzunehmen, wie Schreiben, Schneiden, Ziehen und Stossen. Besonders seine Schreibfertigkeit ist derart, dass er ordnungsmässig ein Tagebuch über die Waldarbeiten führt. Die Gemeinde ist in jeder Beziehung mit ihm zufrieden, ebenso der vorgesetzte Oberförster, der sich dahin ausgesprochen hat, dass er so gut wie jeder andere Gemeindewaldhüter das leiste, was man heutzutage von einem solchen billiger Weise zu verlangen berechtigt sei, und dass seine Schrift sogar besser sei, als die der meisten seiner Berufsgenossen in anderen Gemeinden. Durch seine Thätigkeit verdient M. thatsächlich mehr als die Hälfte des ortsüblichen Tagelohns, ein Umstand, der an sich die Vermuthung für seine Erwerbsfähigkeit begründet. Die Thätigkeit als Waldhüter kommt aber für Personen, die, wie M., dem Arbeiterstand angehören, auf dem allgemeinen Erwerbsgebiet als geeignete Beschäftigung in Betracht und mit Rücksicht auf die Fertigkeiten, die sich M. zu eigen gemacht hat, auf sein Lebensalter und seine sonst kräftige Körperbeschaffenheit ist anzunehmen, dass er diese Thätigkeit oder eine ähnliche andere, wie als Aufseher, Bote, auch im Allgemeinen so ausüben kann, dass er damit noch den Mindestverdienst erzielt. Dass ihm diese Beschäftigung als Waldhüter nur in Folge besonderen Entgegenkommens der Gemeinde gewährt wird, dafür bieten die Ermittelungen keinen Anhalt. M. kann also nicht als erwerbsunfähig angesehen werden, und er ist demgemäss mit Recht von der unteren Verwaltungsbehörde für versicherungspflichtig erklärt worden.

(Vergl. Amtl. Nachr. 1901, Ziff. 938, S. 634.)

R—e.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Kolb, G. Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Erste Lieferung. Mit zwölf Grundrissen. Halle a. S. Carl Marhold. 1902. Mk. 3,00.

Den Zweck des vorliegenden Werkes, das in 10 bis 12 Lieferungen erscheinen soll, fasst Verfasser selbst in folgenden Worten zusammen: es soll dem Psychiater die im Allgemeinen nicht vorauszusetzenden bautechnischen Fertigkeiten durch die Zusammenstellung und kritische Würdigung einer grösseren Anzahl von Grundrissskizzen ersetzen, es soll dem bautechnischen Fachmann wie dem Juristen einen möglichst vollständigen Einblick in die Ziele und Bestrebungen der modernen Psychiatrie gewähren und dadurch ein gedeihliches, weil verständnissvolles Zusammenwirken aller Faktoren ermöglichen.

Bisher ist nur die erste Lieferung erschienen, die, wie

jede der weiteren Lieferungen, in zwei von einander unabhängige Theile zerfällt.

In dem ersten Theile bespricht Verfasser eingehend und mit kritischer Würdigung der psychiatrischen, ökonomischen, bautechnischen und finanziellen Gesichtspunkte die Frage, ob dann, wenn die bisherige Irrenanstalt nicht mehr ausreicht, die alte Anstalt erweitert oder eine neue Anstalt gebaut werden soll. Dabei verdient vor Allem berücksichtigt zu werden, ob sich die Erweiterung der alten Anstalt so angliedern kann, dass sich ein harmonisches Ganzes bildet, ob sich die Erweiterung über die ursprünglich programmässig festgestellte Krankheitsziffer und den darauf zugeschnittenen technischen Betrieb erhebt. Gegen eine Erweiterung spricht der Umstand, dass die Zugangsziffer aus den von der Anstalt entfernt gelegenen Bezirken im Verhältniss zur Bevölkerung die Zugangsziffern aus den der Anstalt benachbarten Bezirken unzulässig überschreitet.

Der zweite, rein technische Theil, bespricht die allgemeinen Gesichtspunkte, das allgemeine und spezielle Programm einer Heil- und Pflegeanstalt für 300 Kranke und dann das Gleiche für eine Anstalt für 400 Kranke und giebt an der Hand zahlreicher Grundrisse eine Beschreibung der einzelnen Bauten.

Hier verdient vor Allem hervorgehoben zu werden, dass zur Vermeidung der Ueberfüllung einzelner Abtheilungen 5 % unbelegte Plätze verlangt werden; so selbstverständlich diese Forderung ist, so wird sie doch nur selten schon beim Bauprogramm berücksichtigt.

Dass die modernen Forderungen (Wachsaal, ausreichende Badegelegenheit, Veranda, Familienpflege bei den Pflegern) berücksichtigt werden, ist selbstverständlich. Den Requisitenräumen könnte mehr Raum zugebilligt werden; zu gross können sie kaum sein. Ein besonderes Pflegerheim ist noch vorzusehen. Das Pflegerhaus dürfte in jedem Geschoss einen Raum mehr haben; so wie es ist, ist es nur für kinderlose Pflegerfamilien ausreichend.

Von technischer Seite wird dem neuen Unternehmen viel Interesse entgegengebracht; doch wird, wie mir scheint, zutreffend bemängelt, dass der Techniker nicht ausgiebig bei der Ausarbeitung der Pläne herangezogen wird. So lassen die Pläne an Uebersichtlichkeit zu wünschen übrig; die Eingänge sind beispielsweise auf ihnen nicht sofort ersichtlich, oft nicht zweckmässig angelegt; es fehlt die Angabe der Himmelsrichtung auf den Plänen. Viele Veranden sind zu schmal, als dass ein Bett bequem herausgefahren werden könnte. Einzelne Bäder, Spülküchen sind zu klein. Vielfach findet sich der Fehler, dass auf einem engen Raum zu viel Thüren vereinigt sind. Auch sind einzelne Aborte zu lang und schmal; vielfach liegen die Aborte zu zerstreut auf dem Grundriss, was eine kostspielige Installation unnöthiger Weise verursacht. Das Letztgesagte gilt auch von den Baderäumen. Dann herrscht in den Plänen gar zu viel Symmetrie vor; eine solche empfiehlt sich aber nicht für das äussere Ansehen der einzelnen Anstaltsgebäulichkeiten und führt auch zu manchen Unzuträglichkeiten; was soll z. B. eine Veranda neben einem Isolirzimmer? dann müssen sich doch die Fensterachsen mehr nach den Innenräumen richten!

Doch das sind Ausstellungen, die nicht von solcher Bedeutung sind, als dass hier ein Techniker nicht leicht Abhilfe schaffen könnte; und ich möchte dem Verfasser in Aller Interesse den Rath geben, sich bei seinen weiteren Arbeiten der Mitwirkung eines Technikers zu vergewissern. Nur ein ständiges Zusammenarbeiten des Technikers mit dem Psychiater kann etwas Erspriessliches leisten und der Verfasser darf dann um so mehr unseres Dankes gewiss sein.

Erwähnt sei noch die gute Ausstattung (abgesehen von dem Umschlag), die der auf dem Gebiete der Psychiatrie besonders eifrige Verlag der Arbeit hat zu Theil werden lassen.

Auf die weiteren Lieferungen soll an dieser Stelle Bezug genommen werden, wenn das Werk vollständig erschienen ist.

Ernst Schultze.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Urban und Schwarzenberg:

Schneidemühl, Die Animalischen Nahrungsmittel. Abt. IV.

Sommer, Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Bd. I. Heft 1. Januar 1902. 64 S. 2 M.

Kleinwächter, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. 3. Aufl. 136 S.

Verlag J. F. Bergmann:

Körner, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Mit einem Vorwort von Ernst v. Bergmann. 3., vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. 216 S. 7 M.

Schuppe, Das Grundproblem der Psychologie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft 13. 1,60 M.

Pause, Schwindel. Mit 8 Abbildungen. 66 S. 1,20 M.

Verlag Gustav Fischer:

Kunkel, Handbuch der Toxicologie. I. Hälfte 1899, II. Hälfte 1901. 1117 S. 12 M.

Tagesgeschichte.

Fürsorge für Unfallkrüppel.

Herr Jacobs in Gotha regt in der Zeitschrift „Konkordia“ eine besondere Fürsorge für diejenigen Unfallverletzten an, welche durch eine Verstümmlung der Möglichkeit beraubt sind, ihr Handwerk fortsetzen zu können. Ohne die Segnungen des Unfallgesetzes verkennen zu wollen, glaubt er doch, dass man dem moralischen Schaden entgegenarbeiten muss, welcher dadurch eintritt, dass solch ein Unfallkrüppel, vielleicht ein Mensch in den besten Arbeitsjahren, auf Grund seiner an und für sich berechtigten Rente aufhört, sich um Arbeit zu bemühen.

Herr Jacobs macht folgende Vorschläge: es möge eine Zentralstelle geschaffen werden, deren Vertrauensmänner in den Städten etwa die Leiter der Polizeiverwaltung und der Arbeitsnachweise, in den Dörfern die Geistlichen und Lehrer, in den Krankenhäusern und Kliniken die Aerzte wären. Diese Vertrauensmänner müssten persönlich unter den Verletzten darauf hinwirken, dass sie sich an die Zentralstelle wenden, insbesondere müssten die Aerzte angeben, zu welchen Berufen sich die Verletzten noch eignen.

Die Zentralstelle müsste sich theils mit Meistern in Verbindung setzen, die gewillt sind, solche Unfallkrüppel aufzunehmen, sie müsste auch eigne Werkstätten unterhalten, endlich aber mit den bestehenden Krüppelheimen ins Einvernehmen treten, um wenigstens für den Anfang die Unfallkrüppel hier unterzubringen. Die Frage, wie diese Zentralstelle beschaffen sein soll, lässt Verf. offen. Er verspricht sich weder von einer Reichs- oder Staatsbehörde noch von einer privaten Vereinigung noch von einem Anschluss an die Berufsgenossenschaften den rechten Erfolg. Auch für die Deckung der Kosten entwirft er keinen ausreichenden Plan, wenn ihm auch die Heranziehung des Invaliditätsfonds als wünschenswerth und möglich erscheint.

Wir glauben auf dem so ungemein wichtigen Gebiet der Unfallfürsorge keinen ernsthaften Vorschlag unbeachtet lassen zu dürfen. Auf welchem Wege wir selbst uns am ehesten Erfolge versprechen, das haben wir schon mehrmals, und zuletzt in No. 3 dieses Jahrgangs (Seite 63) angegeben. Der erste praktische Versuch auf diesem Gebiete, welcher Erfolg verspricht, ist der Berliner Verein für Unfallverletzte, dessen

Betriebswerkstätte, wie es scheint, lebensfähig ist, und nach dessen Muster weitere Vereinsgründungen dringend wünschenswerth erscheinen.

Mittheilung ärztlicher Gutachten an die Unfallverletzten seitens der Berufsgenossenschaften.

Ueber die Frage, inwieweit die berufsgenossenschaftlichen Organe zur Mittheilung der für die Feststellung der Unfallsentschädigung massgebenden ärztlichen Gutachten an die Berechtigten verpflichtet sind, hat sich das Reichs-Versicherungsamt neuerlich in einem an ein Arbeitersekretariat ergangenen Bescheide vom 26. Oktober 1901 massgebend ausgesprochen — jetzt veröffentlicht als Bescheid 1907, Amtl. Nachrichten 1902 S. 187. Unter der Herrschaft der älteren Unfallversicherungsgesetze hatte diese Behörde bekanntlich jene Verpflichtung nur hinsichtlich desjenigen wesentlichen Inhalts der ärztlichen Gutachten anerkannt, welcher für die Entschliessung des Feststellungsorgans mitbestimmend gewesen ist, und dabei empfohlen, solche Bemerkungen im Gutachten, die einen für den Verletzten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind (z. B. die Prognose eines baldigen Todes) in der Abschrift fortzulassen. In jenem neuen Bescheide wird im Wesentlichen derselbe Standpunkt eingenommen und als der den neuen Unfallversicherungsgesetzen (§ 70 Abs. 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900) entsprechende bezeichnet. Es wird dabei hervorgehoben, dass die neuen Gesetze bewusstermassen davon abgesehen haben, die Ertheilung vollständiger Abschriften der Gutachten an die Verletzten vorzuschreiben, und zwar, wie die Begründung des Gesetzentwurfs Seite 86 ergiebt, hauptsächlich deshalb, weil in vielen Fällen eine uneingeschränkte wörtliche Mittheilung des ganzen Gutachtens für den Verletzten selbst schädlich sein könne.

In dem Bescheide wird auch noch ausgesprochen, dass die Vorschrift des § 66 des G. U. V. G. dem Entschädigungsberechtigten bei dem etwaigen Verlangen nach der wörtlichen Mittheilung des Gutachtens nicht zur Seite stehe, da sie sich nur auf Untersuchungsverhandlungen bezieht, welche von den Polizeibehörden gemäss §§ 64, 65 a. a. O. aufzunehmen sind, mithin die Berufsgenossenschaft überhaupt nicht berührt.

R-e.

Der Gebührengesetz-Entwurf vor der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer.

Der Referent Dr. Joachim wandte sich zunächst gegen die Gleichstellung der praktischen Aerzte mit den beamteten Aerzten hinsichtlich der Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen. Er wies darauf hin — wie es ja auch in dieser Zeitschrift bereits geschehen ist — dass die Regelung der Gehaltsverhältnisse der Medizinalbeamten nicht den mindesten Grund enthält, den praktischen Aerzten ihre Gebühren zu verkürzen.

Die im Tarifentwurf vorgesehene Terminsgebühr erachtet der Referent für zu niedrig, indem er insbesondere darauf hinweist, dass der praktische Arzt nicht ohne Entgelt genöthigt werden sollte, zeitraubende Wege zu machen. Das einzig Richtige wäre, der Berechnung diejenigen Gebühren zu Grunde zu legen, welche ein praktischer Arzt für einen Besuch zu bestimmter Stunde laut Gebührenordnung zu beanspruchen hat.

Bei Vorbesuchen und Voruntersuchungen sollten, entsprechend der ärztlichen Taxe, Konsile, Kehlkopfspiegelung und dergleichen besonders honorirt werden. Der Höchstsatz für Gutachten sollte auf 75 Mark erhöht werden. Referent schloss mit den Anträgen:

„Die Aerztekammer wolle beschliessen:

1. Eine Petition an das preussische Abgeordnetenhaus zu richten und dasselbe zu bitten, in § 10 des Gesetzentwurfes betr. die Gebühren der Medizinalbeamten die Bestimmungen, so weit sie die freipraktizirenden Aerzte betreffen, zu streichen:

2. den preussischen Aerztekammern von diesem Beschlusse Kenntniss zu geben und sie aufzufordern, sich unverzüglich dieser Petition anzuschliessen:

3. dem Herrn Minister der Medizinalangelegenheiten von dieser Petition Kenntniss zu geben und ihn zu bitten, falls das Abgeordnetenhaus unsere Petition nicht berücksichtigt, in dem zukünftigen Gebührenentwurf die Bestimmungen über den Termin und die Untersuchungen resp. Besuche analog der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 abzuändern, den Maximalsatz für das Gutachten auf 75 Mark zu erhöhen."

Heilstätte für Geschlechtskranke.

Die Landes-Versicherungsanstalt Berlin eröffnet Mitte April eine Heilstätte für männliche geschlechtskranke Personen in Lichtenberg b. Berlin.

In der amtlichen Ankündigung heisst es: „Der Zweck der Heilstätte ist, geschlechtskranke Versicherte einer gründlichen Heilbehandlung in einer geschlossenen Anstalt zu unterziehen, ihre völlige Gesundung herbeizuführen und dadurch die Kranken selbst vor dem möglichen Eintreten dauernder Erwerbsunfähigkeit zu bewahren und die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheit zu verhüten.

Wir richten an die Vorstände der Krankenkassen die dringendste Bitte, uns bei der Durchführung dieses für die Volksgesundheit und Arbeiterwohlfahrt so bedeutsamen Unternehmens durch Ueberweisung geeigneter Fälle nach Kräften zu unterstützen.

Die Krankenkassenvorstände werden insbesondere bemüht sein müssen, den Vorurtheilen und der falschen Scham, welche viele Versicherte davon abhält, sich in eine Heilstätte für Geschlechtskranke aufnehmen zu lassen, mit aller Entschiedenheit entgegenzutreten."

Das Gesetz über die öffentliche Gesundheit in Frankreich.

Die Grundzüge des soeben angenommenen Gesetzes sind folgende: In jeder Stadt hat der Bürgermeister eine Verordnung über die zu ergreifenden Massregeln gegen übertragbare Krankheiten, besonders über die Desinfektion und über die gesundheitliche Beschaffenheit der Wohnungen zu erlassen, die vorher von dem Präfekten mit Hilfe des Bezirks-Gesundheitsrathes geprüft worden ist. Binnen sechs Monaten werden die Krankheiten, auf welche das Gesetz Anwendung finden soll, genannt werden.

Für jede dieser Krankheiten ist der Arzt bezw. die Hebamme, die einen Fall konstatiren, meldepflichtig. Die Pockenimpfung wird genau in der Weise obligatorisch wie in Deutschland (Impfung im ersten, Wiederimpfung im zwölften Jahre).

Wenn während dreier aufeinander folgender Jahre die Zahl der Todesfälle in einer Gemeinde den Jahresdurchschnitt für ganz Frankreich überschreitet, muss der Präfekt den Bezirks-Gesundheitsrath veranlassen, Nachforschungen über die Ursachen davon anzustellen. Ergeben die Nachforschungen die Nothwendigkeit von Assanirungsarbeiten und bleibt eine der Gemeinde gewährte Nachfrist ohne Erfolg, so bestimmt wiederum der Präfekt nach Benehmen mit dem Bezirks-Gesundheitsrath, was geschehen soll.

Die Kosten, die das Gesetz nothwendig macht, werden zu je einem Drittel vom Staat, den Gemeinden und Bezirken getragen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. № 9. Ausgegeben am 1. Mai.

Inhalt:

Gutachten über einen Fall von Hirnblutung, angeblich traumatischer Entstehung.

Von
Professor **H. Oppenheim.**

Dem Gutachten, das ich nachstehend im Auszuge wiedergebe, dient folgender Thatbestand als Basis:

Nach dem Ergebniss der Beweisaufnahme ist X., ein bis da angeblich gesunder Mann, am 10. August 1898 unter den Erscheinungen eines Hirnleidens erkrankt. Ueber den Hergang und die nächsten Ursachen dieser Erkrankung ist aus den Akten Folgendes zu entnehmen. Die einzige Zeugin der Begebenheit, die Ehefrau, bekundet: Mein Mann sass an jenem Tage auf dem Sofa; ich stand vor ihm, er suchte mich an sich zu ziehen, um mir einen Kuss zu geben, ich sträubte mich, er musste plötzlich heftig niesen, hierbei bewegte er den Kopf nach vorn, ich suchte meinen Oberkörper nach hinten zu bringen, um mich loszureissen. Mein Ehemann liess nicht los und musste in Folge dessen, als ich mich nach hinten überbog, sich mit dem Oberkörper nach vorn bewegen, hierbei schlug er mit dem Kopf auf den Tisch auf, der vor dem Sofa sich befand. Er traf mit dem Kopfe gerade eine rechtwinklige Ecke des Tisches. Er muss sehr heftig aufgeschlagen haben, da es einen sehr lauten Schlag gab, wie wenn man mit einem Hammer auf den Tisch geschlagen hätte. Er traf mit der linken Seite die Tischecke. Er wurde dunkelroth im Gesicht, lehnte sich in die Sofaecke zurück und rieb mit der rechten Hand den linken Arm. Auf meine Frage, was ihm wäre, sah er mich starr an und murmelte etwas Unverständliches. Gleich darauf wurde er leichenblass im Gesicht und sein Gesicht bedeckte sich mit Schweiss. Ich lief aus der Stube heraus, um Hilfe zu holen. Als ich mich noch einmal umsah, bemerkte ich, wie mein Ehemann an der Thür stand; er sah wieder dunkelroth im Gesicht aus. Als ich nach Benachrichtigung der Nachbarn wieder zurückkehrte, fand ich meinen Ehemann wieder im Sofa sitzend. Ich bin dann zu Dr. R. gegangen etc.

Von den Personen, die den X. unmittelbar oder kurze Zeit nach diesem Vorgang sahen, weiss die eine, Frau W., die auf Ersuchen der Ehefrau herbeieilte, nichts Wesentliches auszusagen. Doch hebt sie hervor, dass der X., als seine Frau sich anschickte, den Arzt zu holen, dieser 5—6 Schritte zur Thür gefolgt sei. „Er ging etwa 4 Schritte und reckte seinen Körper, namentlich, wie mir vorsteht, die Arme mit den Ellen-

bogen nach hinten und oben zu, wenigstens einen Arm. Einer der anwesenden Männer trat ihm entgegen und hielt ihn auf. Er begab sich darauf auf seinen Sofaplatz zurück und setzte sich ohne Hilfe. Bald darauf nahm er seine Taschenuhr aus der Tasche, wie um die Zeit abzulesen, steckte sie wieder ein etc. Kurze Zeit darauf kam der Dr. R. Er forderte den X. auf, ihm die Hand zu geben und ein Bein über das andere zu schlagen; Beides vermochte X. nicht. Als darauf Dr. R. anordnete, X. ins Bett zu legen, entfernte ich mich. Als ich zurückkehrte, lag er bereits im Bett und machte mit einer Hand, ich glaube, mit der linken, fühlende Bewegungen an seinem Shlipse. Die Ehefrau erzählte uns sogleich, dass ihr Mann bei plötzlichem Niesen mit dem Kopf auf den Tisch aufgeschlagen sei und seitdem nicht mehr gesprochen habe. Die Zeit meiner Anwesenheit im Wohnzimmer bis zum Erscheinen des Arztes hat nur einige Minuten, höchstens eine Viertelstunde, betragen."

Die nächste Zeugin A. macht ungefähr dieselben Angaben über die persönlichen Wahrnehmungen, die sie gleichzeitig mit der vorerwähnten Frau W. angestellt hat. Nur hat nach ihrer Erinnerung Frau X. erzählt, dass ihr Ehemann die Sprache verloren habe, nachdem sie ihm einen Witz erzählt und er herzhaft gelacht und dann geniest habe. Von einer Kopfverletzung habe sie dagegen nicht gesprochen.

Frau N. bekundet Folgendes: Nachdem ich kurze Zeit vorher mit dem X. ein Gespräch geführt hatte und als ich mich in unserem Wohnzimmer befand, welches durch einen kleinen Hausflur von dem des X. getrennt war, hörte ich aus demselben trotz der verschlossenen Thüren ein sehr kräftiges Niesen. Gleich darauf hörte ich ein Aufschlagen, wie wenn man „einen harten Gegenstand auf den Tisch schlägt etc.".

Von den ärztlichen Feststellungen haben die des Dr. R., der den X. kurze Zeit nach dem Eintritt der Erkrankung untersucht hat, die grösste Bedeutung. Er sagt: „Als ich am 10. August 1898 in die Wohnung des X. gerufen wurde, fand ich ihn im Sofa sitzen. Er schnarchte; sein Gesicht war hoch geröthet, bei der Athmung blähte sich seine rechte Wange wie ein Segel auf und zog sich wieder ein. Aus der rechten Mundecke floss Speichel. Er war bewegungslos, reaktionslos und bewusstlos. Die Muskulatur der ganzen rechten Seite befand sich in schlaffer Lähmung etc. Pupille sehr verengt. Auf Anrufen gab er keine Antwort und kein Zeichen des Verständnisses. Sein Puls war hart und hatte ungefähr 78 Schläge per Minute. Die Sehnenreflexe der rechten Seite waren erloschen, die der linken habe ich nicht geprüft. . . . liess er Koth und Urin unter sich. Die Sprache fand sich nach Tagen und Wochen nicht wieder . . . Am folgenden Tage nach dem Eintritt der Erkrankung wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass der X. einen Nieskrampf gehabt hätte und hierbei mit dem Kopf auf eine Tischkante aufgeschlagen wäre. In Folge dessen habe ich daraufhin an demselben Tage den Kopf genau untersucht. An dem Kopfe befand sich aber weder eine Blutbeule noch eine Hautverfärbung. Shok, d. h. Erlöschen der Gehirnfunktionen unter gleichzeitigem Eintreten von Gesichtsblässe, Hautkälte, Unregelmässigkeit und Verlangsamung des Pulses und Erbrechen fehlten. Ungefähr 6 Tage lang habe ich den X. in seiner Wohnung behandelt. In dieser Zeit war der Puls immer regelmässig, nicht verlangsamt etc. Nach ungefähr 6 Wochen habe ich X. ungefähr 2 Wochen lang im hiesigen Krankenhause behandelt. Auch dort war der Puls nicht verlangsamt. Dort fand ich, dass die ganze rechte Seite gelähmt war, dass jedoch das Bewusstsein zurückgekehrt war und dass er wenige einzelne Worte, drei oder vier, sprechen gelernt hatte. Ich stellte auch fest, dass er das Erinnerungsvermögen wiedererlangt hatte."

Die Bekundungen der DDr. H. und M. haben geringeres Interesse. Wir erfahren dann aus dem Gutachten des Prof. L., dass X. vom November 1898 bis zum Februar 1899 in einem hiesigen Krankenhause behandelt wurde und dass damals die Erscheinungen einer unvollständigen Hemiplegia dextra mit Kontraktur und inkompleter Aphasie vorgelegen haben. Dann hat Prof. B. ihn am 29. März 1901 im Krankenhause untersucht und über das Ergebniss seiner Beobachtungen in seinem Gutachten vom 2. April berichtet. Seine Wahrnehmungen decken sich mit dem von mir selbst erhobenen Befunde in den wesentlichen Punkten, so dass ich gleich das Resultat meiner eigenen Untersuchung mittheilen kann:

X., der sich noch im Krankenhause befindet, ist ein körperlich gut genährtes Individuum. So weit sich bei der bestehenden Sprachstörung beurtheilen lässt, ist er geistig klar, doch ist es nicht möglich, sich über den Grad der Intelligenz ein sicheres Urtheil zu bilden. Am Augenmuskelapparat finden sich keine Lähmungserscheinungen, am Schädel keine Narben etc. X. bietet auch jetzt noch die Symptome einer rechtsseitigen Körperlähmung, welche sich auf den Gesichtsnerven, den Arm und das Bein erstreckt. Im Arm ist die Lähmung noch eine fast vollkommene, das Bein hat ein grösseres Mass von Beweglichkeit wiedererlangt. Der Muskeltonus und die Sehnenphänomene sind in charakteristischer Weise erhöht. Die Sprache ist noch erheblich gestört: X. ist nicht im Stande, zusammenhängend zu sprechen, auch ist sein Wortschatz noch ein ziemlich beschränkter, schliesslich ist auch das Wortverständniss bis zu einem gewissen Grade beeinträchtigt etc.

Es unterliegt nach diesem Befunde keinem Zweifel und ist auch von allen Aerzten, die sich in dieser Frage geäussert haben, angenommen worden, dass X. an einer Herderkrankung der linken Hirnhemisphäre leidet, die einen recht umfangreichen Theil des Gehirnes funktionsunfähig gemacht hat. Auch in der Hinsicht herrscht volle Uebereinstimmung, als dieser Krankheitsprozess als Hirnblutung und zwar als Bluterguss in das Innere des Gehirns gedeutet wird. Nur bezüglich der Ursachen dieser Hirnaffektion gehen die Ansichten der Aerzte wesentlich auseinander. Die von dem Anwalt des X. vertretene Anschauung, dass die Hirnblutung die Folge einer von ihm am 10. August 1898 erlittenen Kopfverletzung ist,*) wird von Prof. B. und Prof. L. getheilt, und auch Prof. K. hält wenigstens die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dass die Erkrankung des X. eine Folge des Aufschlagens auf die Tischkante gewesen ist. Demgegenüber haben sich die Prof. R. und F. mit grosser Bestimmtheit gegen die traumatische Grundlage des Leidens ausgesprochen.

Es ist nicht erforderlich, die Ausführungen der Herren Vorgutachter in extenso hier wiederzugeben, um so weniger als ihr Standpunkt und die Motivirung desselben durch mein Gutachten beleuchtet wird, ich beschränke mich deshalb hier auf die Wiedergabe des letzteren.

Gutachten.

Unter voller Berücksichtigung des mir vorgelegten Aktenmaterials sowie auf Grund meiner eigenen Wahrnehmungen und Erfahrungen kann ich die an mich gerichtete Frage „ob die jetzt vorliegende Krankheit nach dem Befunde und dem Ergebnisse der Beweisaufnahme als Folge eines Unfalls (traumatischer Blutung) zu erachten ist" in Folgendem beantworten.

X. bietet seit dem 10. August 1898 eine Summe von Krankeitserscheinungen, die auf einen ausgedehnten Krank-

*) NB. X. ist gegen Unfälle versichert.

heitsherd in der linken Grosshirnhemisphäre hinweisen. Die Art der Entwicklung und die Symptomatologie macht es wahrscheinlich, dass dieser seinen Sitz in den sog. zentralen Ganglien bezw. in der inneren Kapsel, einem in der Tiefe des Gehirns verlaufenden Faserzug hat, doch deutet die Intensität und lange Dauer der Sprachstörung (Aphasie) darauf hin, dass der Herd bis in das subkortikale Marklager des Sprachzentrums hineinreicht. Allerdings lässt es sich auch nicht ausschliessen, dass mehrere Herde den Lähmungserscheinungen zu Grunde liegen, von denen der eine in der Tiefe der Hemisphäre, der andere in oberflächlichen Gebieten seinen Sitz haben kann. Immerhin fehlt es an Kriterien, durch welche sich die letztere Annahme in überzeugender Weise begründen liesse.

Derartige Herderkrankungen entstehen im Gehirn in der grossen Mehrzahl der Fälle in Folge einer Affektion des Gefässapparates und zwar einer Aderzerreissung mit Blutaustritt aus derselben oder eines Aderverschlusses (Embolie, Thrombose) mit nachfolgender Gewebserweichung. Die von den Vorgutachtern bereits angeführten und berücksichtigten Momente machen es in hohem Masse wahrscheinlich, dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine Gehirnblutung gehandelt hat. Es wurde auch schon hervorgehoben, dass die Entstehung einer Hirnblutung bei einem bis dahin gesunden Individuum in dem Alter des Herrn X. etwas aussergewöhnlich Seltenes ist.

Gehen wir zunächst von der Annahme aus, dass bei dem X. keine der Bedingungen erfüllt gewesen ist, unter welchen der Gefässapparat des Gehirns vorzeitig erkrankt, so haben wir doch noch mit zwei Möglichkeiten zu rechnen: 1. mit der, dass die Arterien des Gehirns bis zum Eintritt der Blutung ganz gesund gewesen sind, 2. mit der anderen, dass die sog. miliaren Aneurysmen — die gewöhnliche Quelle der Hirnblutung —, welche in der Regel erst im höheren Alter zur Entwicklung kommen, hier ohne erkennbaren Grund ungewöhnlich früh entstanden sind. Dass das in seltenen Fällen vorkommt, ist eine wissenschaftlich festgestellte Thatsache. Im ersteren Falle wäre das Zustandekommen der Hirnblutung besonders schwer zu deuten und würde jedenfalls Bedingungen erfordern, die besonders hohe Anforderungen an die Widerstandsfähigkeit der Gefässwand stellen. Eine schwere Kopfverletzung, auch eine solche durch stumpfe Gewalt, die den Schädelknochen unversehrt lässt, ist wohl im Stande, eine solche Aderzerreissung zu bewirken. Aber es ist recht ungewöhnlich, dass sie ein in der Tiefe der Hirnsubstanz verlaufendes Gefäss zur Berstung bringt. Und wenn wir diese Möglichkeit auch nach der vorliegenden Erfahrung zugeben müssen, so fehlen doch in dem vorliegenden Fall der Kopfverletzung alle die Attribute, welche sie zu einer schweren stempeln würden.

Anders steht es mit der Zerreissung einer Gehirnarterie aus inneren Ursachen. Wenn es auch von vielen hervorragenden Aerzten bezweifelt wird, dass ein gesundes Gehirngefäss in Folge stärkeren Blutandranges zum Kopf bersten kann, so liegen doch Erfahrungen vor, welche eine andere Deutung nicht zulassen: das Vorkommen der Hirnblutung bei bis da gesunden Kindern auf der Höhe eines Hustenanfalls, bei gesunden Männern während des Koitus u. s. w. Gewiss handelt es sich da um seltene Erscheinungen, aber wir finden uns ja auch vor einen Fall gestellt, der unter der Voraussetzung I an sich aussergewöhnliche, schwer zu deutende Verhältnisse bietet, und da ist es unsere Aufgabe, von den zu Gebote stehenden Erklärungen diejenige zu wählen, welche das grössere Mass von Wahrscheinlichkeit für sich besitzt. Die sog. inneren Ursachen: das heftige Ringen, das gewaltsame Niesen und die allem Anschein nach in Frage kommende geschlechtliche Erregung[1]) bilden nun eine solche Häufung von in demselben Sinne wirkenden Schädlichkeiten, dass es nach meiner Ueberzeugung grössere Berechtigung hat, sie als die Ursache der Gehirnblutung zu beschuldigen als den relativ geringfügigen Unfall.

Gehen wir von der Voraussetzung II aus, dass sich die sog. miliaren Aneurysmen bei X. ungewöhnlich früh entwickelt haben, so würde das Zustandekommen der Hirnblutung an sich kein so auffälliges Faktum darstellen. Unter solchen Verhältnissen kann sie spontan, d. h. ohne jeden erkennbaren Anlass erfolgen. Immerhin wird ihre Entstehung erfahrungsgemäss wesentlich gefördert durch die Steigerung des Blutdrucks in den Hirngefässen. So kann beim Heben einer Last, beim Husten, Pressen, Lachen, Niesen, beim Geschlechtsakt die Berstung des Aneurysmas und damit die Blutung erfolgen. Gewiss wird auch eine Kopfverletzung ein derartig erkranktes Gefäss leichter zum Platzen bringen als ein gesundes, aber bei der Abwägung dieser beiden Faktoren — der äusseren Gewalt und der inneren Ursachen — muss man ebenso wie es oben für I erörtert wurde, den inneren Ursachen eine grössere Bedeutung zuerkennen.

Es bleibt aber noch die Frage zu erörtern, ob bei dem X. keine der Bedingungen erfüllt war, welche erfahrungsgemäss häufig zu einer frühzeitigen Erkrankung der Hirnarterien führen. Einige derselben (Nierenaffektionen, chronische Alkohol- und Bleivergiftung) sind dem Nachweis leicht zugänglich und können somit schnell ausgeschlossen werden. Für andere, und zwar gilt das besonders für die Syphilis, trifft das jedoch keineswegs zu. Sehr viele Menschen erwerben Syphilis, ohne dass sich bei ihnen nach Jahren irgend ein Zeichen der überstandenen Infektion zu finden braucht. Auch die Thatsache, dass die Ehefrau gesund bleibt und dass gesunde Kinder erzeugt werden, bietet keinerlei Gewähr dafür, dass Syphilis nicht vorhanden gewesen ist und im Inneren des Körpers ihre verheerende Arbeit verrichtet hat. Mit der Frage nach der überstandenen Syphilis darf man es bei einem Hirnleiden niemals leicht nehmen, und am wenigsten, wenn es sich um ein junges Individuum handelt, bei dem andere Ursachen, die die Entstehung der Hirnkrankheit in befriedigender Weise erklären, nicht nachzuweisen sind. Diese Frage ist in dem vorliegenden Falle mit einer merkwürdigen Scheu umgangen oder doch nur gestreift worden. Die begutachtenden Aerzte, welche sie berührten, haben sich mit dem Hinweis darauf begnügt, dass Syphilis nicht festzustellen und dass der Ehe nur gesunde Kinder entsprossen seien. (Ich will ganz davon absehen, dass eine Untersuchung dieser Kinder auf Zeichen erblicher Syphilis doch nicht vorgenommen zu sein scheint). In dem juristischen Theil der Akten wird das Bestehen der Syphilis einmal vorsichtig angedeutet (Bl. 13), aber diese Bemerkung gleich damit niedergeschlagen, dass eine derartige Kenntniss nur durch einen Vertrauensmissbrauch von Seiten der Aerzte erworben worden sein könne (Bl. 33). Wir brauchen uns nun keine Verletzung des Berufsgeheimnisses zu Schulden kommen zu lassen, wenn wir uns darauf beschränken, zu muthmassen, dass X. syphilitisch infizirt gewesen ist.[2]) Wir sind nicht allein berechtigt, sondern sogar verpflichtet, in einem sonst so schwer zu deutenden Falle mit dieser Annahme zu rechnen. Ich glaube sogar sagen zu dürfen, dass kein sachkundiger Arzt es versäumt haben würde, in einem derartigen Falle eine antisyphilitische Behandlung vorzunehmen.

[1]) Ist zugegeben worden.

[2]) Es ist mir übrigens durch das Krankenhausjournal bekannt geworden, dass X. in der That der Lues sehr verdächtig ist (Zusatz, der nicht im Originalgutachten enthalten ist).

Wir haben also noch die Aufgabe, die an uns gestellte Frage unter der Voraussetzung III, dass X. früher einmal Syphilis überstanden hat, zu beantworten.

Es ist eine wissenschaftlich festgestellte Thatsache, dass die Syphilis sehr häufig den Grund zu einer frühzeitigen Erkrankung des Hirngefässapparates legt. Ist auch die gewöhnliche Folge dieser Gefässerkrankung die sogenannte Gehirnerweichung (Encephalomalacie), so wird es doch auch von allen auf diesem Gebiet erfahrenen Autoren anerkannt, dass die syphilitische Gefässerkrankung auch der Entstehung der Hirnblutung Vorschub leistet.

Unter der Annahme der überstandenen Syphilis kann die Hirnblutung bei dem X. spontan, d. h. ohne weitere Gelegenheitsursache oder in Folge der angeführten inneren Ursachen oder in Folge der äusseren Gewalt entstanden sein. Zu der Annahme einer spontanen Entstehung würde man sich nur drängen lassen dürfen, wenn Gelegenheitsursachen fehlen. Hier bieten sich uns aber Momente, die bei einer bestehenden Erkrankung des Hirngefässapparates erfahrungsgemäss häufig den Bruch der Gefässwand veranlassen. Es kommt also wieder darauf hinaus, die Bedeutung der beiden Faktoren gegen einander abzuschätzen, und wir hätten nur zu wiederholen, was unter der Voraussetzung I und II oben bereits dargelegt worden ist. Indess sind doch hier ein paar weitere Ueberlegungen erforderlich; auch wollen wir an dieser Stelle einige von den Herren Vorgutachtern zu Gunsten dieser oder jener Auffassung ins Feld geführten Argumente berücksichtigen und auf ihren Werth prüfen. Gegen die ursächliche Bedeutung der „inneren Ursachen“ ist der Einwand erhoben worden, dass X. nach dem Niesen noch scherzhafte Bemerkungen gemacht und erst nach dem Aufschlagen mit dem Kopfe die Sprache verloren habe. Aber abgesehen davon, dass über diesen Punkt ganz zuverlässig erscheinende Angaben nicht vorliegen, folgten doch diese beiden Momente sehr schnell auf einander, ausserdem fand in der Zwischenzeit das Ringen statt, dem wir als einem den Blutdruck erhöhenden Vorgang keineswegs eine geringe Bedeutung zuschreiben. Ferner geht es ja aus der Schilderung des Hergangs deutlich hervor, dass es sich hier nicht um eine plötzliche Entwickelung aller Erscheinungen des Schlaganfalls, sondern um eine etwas protrahirte, sich etwa über den Zeitraum einer Viertelstunde erstreckende Entstehung derselben gehandelt hat. Der Einwand ist also ganz hinfällig.

Andererseits ist gerade dieser Umstand, die langsame, etwas verzögerte Entwicklung zu Gunsten der traumatischen Genese angeführt und verwerthet worden. Es geht nämlich, wie oben dargelegt, aus den Zeugenaussagen hervor, dass der Hirnschlag hier nicht mit voller Plötzlichkeit eingetreten ist, sondern eine gewisse Zeit — so weit sich feststellen lässt, hat es sich um Minuten bis zu einer Viertelstunde gehandelt —, zu seiner Entwickelung gebraucht hat. Es ist nun richtig, dass gerade bei den durch äussere Gewalt hervorgerufenen Hirnhautblutungen häufig ein sogenanntes freies Intervall beobachtet wird, d. h. nachdem der Verletzte aus der Shok-Betäubung erwacht ist, können Stunden und selbst Tage vergehen, bis das Bewusstsein aufs Neue schwindet und die anderweitigen, durch die Kompression des Gehirns bedingten Erscheinungen hervortreten.

Diese Thatsache hat wohl denjenigen Gutachtern vorgeschwebt, die in der nicht-plötzlichen Entstehung der Hirnschlag-Symptome einen Beweis für den traumatischen Ursprung erblickten. Aber sie haben übersehen, dass der Werdegang hier doch ein ganz anderer gewesen ist als bei der traumatischen Hirnhautblutung. Es hat sich nicht um ein freies Intervall von längerer Dauer gehandelt, sondern es sind nur gewisse Erscheinungen der Hirnläsion der Entwickelung der vollkommenen Bewusstlosigkeit und halbseitigen Körperlähmung um einige Minuten bis zu einer Viertelstunde vorausgegangen. Das kommt nun aber auch bei der spontanen Hirnblutung, bei dem gewöhnlichen Schlaganfall nicht selten vor. Ich will mich hier nicht auf die eigene Erfahrung stützen, sondern nur auf einen anerkannten Autor verweisen, der diese Frage vor Kurzem eingehend behandelt hat und sich so äussert: „Der gewöhnliche Hergang ist folgender: Mitten in der gewohnten Arbeit oder bei einer Erholung, Unterhaltung, bisweilen auch bei einer Mahlzeit fühlt der Patient plötzlich (auch ohne dass eine Gelegenheitsursache vorausging) eine Beklommenheit; es wird ihm bange und schwindlig, die Gedanken verwirren sich; Patient spürt Schwäche, häufig auch Schmerz nur auf einer Körperhälfte oder in einer Extremität (Gefühl, als gehörten ihm diese Theile nicht mehr zu). Das Gleichgewicht des Patienten wird gestört; er schleppt sich noch eine kurze Strecke fort und sucht eine Stütze, einen Sitz. Er kann noch einige Worte sagen (z. B. „O mein Kopf!“ „Es wird mir schlecht“). — plötzlich (oft allerdings nach einigen Minuten bis Stunden) bricht er bewusstlos zusammen und verharrt bewegungslos in einem schlafähnlichen, d. h. komatösen Zustande, bei welchem Puls und Respiration in ungestörter Weise fortarbeiten. Kurze Zeit darauf stellt sich mitunter Erbrechen ein. Die Gesichtsfarbe im Momente der Attaque ist in einzelnen Fällen blass, in den meisten Fällen aber eher geröthet oder cyanotisch. Der Puls wird voll und verlangsamt; die Temperatur sinkt; die Respiration wird mitunter schnarchend[1]) etc. etc.“

Ich finde nun in der von den Zeugen gegebenen Schilderung, so weit sie sich auf den Entwickelungsgang des Hirnschlags bei X. bezieht, nichts, was nicht in den Rahmen dieses von v. Monakow entworfenen Bildes des sogenannten apoplektischen Insultes hineinpasste, mag nun zuerst eine Art von Unbesinnlichkeit oder Sprachverlust hervorgetreten sein, mag er noch ein paar Schritte sicher oder taumelnd gegangen sein etc. Auch das Hervorziehen der Uhr aus der Westentasche stellt einen so mechanischen, automatischen Vorgang dar, dass der Blutaustritt aus der geborstenen Hirnader schon begonnen und der Bluterguss selbst schon einen gewissen Umfang erlangt haben konnte, als X. diese Bewegung noch ausführte.

Ein weiteres Argument, auf welches sich die Anhänger der traumatischen Aetiologie gestützt haben, ist die Thatsache, dass X. mit der linken Stirn auf die Tischkante aufgeschlagen sein soll, also mit demjenigen Theil des Schädels, dem der Sitz der Hirnblutung nah benachbart ist. Nun befindet sich aber der Blutherd, wie schon ausgeführt wurde, tief im Inneren des Hirns, also doch noch ziemlich weit entfernt von dem Angriffsort der Verletzung, und was noch wichtiger ist, nicht an einer ungewöhnlichen Stelle, sondern an dem Lieblingssitz der spontanen Hirnblutung (zentrale Ganglien, innere Kapsel). Es bleibt also nur die Thatsache bestehen, dass der Ort der Hirnblutung mit derjenigen Schädelseite zusammenfällt, die von dem Stoss getroffen sein soll. Das ist aber eine recht schwache Stütze für die Annahme des Unfalls. Denn das Gehirn hat bekanntlich nur 2 Hemisphären und es ist auch für die Hirnblutung spontaner Entstehung durchaus eben so wahrscheinlich, dass sie im gegebenen Falle in die linke wie dass sie in die rechte Hemisphäre hinein erfolgt. —

Bei der Abschätzung der ursächlichen Faktoren unter Voraussetzung III bleibt aber noch ein Umstand anzuführen.

---

[1]) v. Monakow: Gehirnpathologie. Nothnagel's Spec. Path. und Ther. 1897. S. 734.

Es ist durch zahlreiche Beobachtungen erwiesen und allgemein anerkannt, dass die Erscheinungen der Hirnsyphilis oft erst im Anschluss an eine Kopfverletzung zur Entwickelung gelangen, und es ist selbst zuzugeben, dass es in einzelnen Fällen relativ geringfügige Traumata waren — ein einfacher Stoss gegen den Kopf, ein Anprallen der Stirn oder des Scheitels an eine Thürpfoste und dgl. — durch welche die ersten Erscheinungen des Hirnleidens ausgelöst wurden. Man begreift, wie sehr diese Thatsache geeignet ist, die forensische Beurtheilung eines derartigen Falles zu erschweren und wie gross die Gefahr ist, dass sich bei ihrer Anerkennung der Begriff des Unfalls ins Undefinirbare verliert. Diese Erwägung kann uns aber nicht der Verpflichtung entheben, es wenigstens als durchaus möglich hinzustellen, dass unter Voraussetzung III die geringfügige Kopfverletzung den Anstoss zur Entstehung der Hirnblutung gegeben hat.

Ehe ich mein Gutachten in Schlusssätze zusammenfasse, habe ich noch auf einen Punkt zurückzukommen. Es ist beiläufig erwähnt worden, dass sich unmittelbar oder in den ersten Tagen nach dem Unfall Blut in den Wäschestücken und Exkrementen des X. gefunden habe (Aussage der Ehefrau). Einer der Herren Gutachter (Professor B.) hat auch darin ein Zeichen des Unfalls erblickt, indem er meinte, dass es bei dem Stoss gegen den Kopf zu einer Kontinuitätstrennung der Mund- und Nasenschleimhaut gekommen und das Blut verschluckt und so in die Exkremente gelangt sein könne. Ich halte diese Annahme für eine sehr vage und kann ihr eine Berechtigung nicht zuerkennen. Die Voraussetzung, dass der Stoss gegen die Stirn zu einer sog. Basisfraktur geführt habe, ist eine durchaus willkürliche, da keinerlei Zeichen und Erscheinungen derselben vorgelegen haben. Wie es aber ohne diese zu einer Zerreissung der Mund- oder Nasenschleimhaut gekommen sein soll, ist noch weniger zu verstehen. Und wollte man das selbst zugeben — welche Massen von Blut müssten da unbemerkt in die Speiseröhre hinabgeflossen sein, damit sie noch im Koth und in den Wäschestücken den Laien als eine deutlich wahrnehmbare Beimengung erkennbar waren! Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass verschlucktes Blut bei seinem Durchtritt durch den Magendarmkanal gewöhnlich so verändert (schwarz verfärbt) wird, dass es von Nicht-Sachkundigen nicht als Blut erkannt und bezeichnet wird.

Will man aber trotzdem mit Professor B. annehmen, dass Blut verschluckt wurde, so liegt es doch wahrlich näher, vorauszusetzen, dass sich X. bei dem apoplektischen Insult in die Zunge gebissen und das aus dieser Bisswunde stammende Blut verschluckt hat.

Ich bin aber weit davon entfernt, diese Hypothese aufzustellen, sondern bin mit Professor L. der Meinung, dass diese Thatsache für die Beurtheilung des Falles ganz belanglos ist und aus der Betrachtung ausscheiden muss.

Ich resumire mein Gutachten in folgenden Sätzen:

1. Die mir vorgelegte Frage ist nicht mit einer apodiktischen Bestimmtheit, nicht mit einem einfachen Ja oder Nein zu beantworten.

2. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Hirnblutung aus einem bis da gesunden Gehirngefäss erfolgte, die Möglichkeit muss aber zugegeben werden.

3. Waren die Gehirngefässe des X. bis da gesund oder hatten sich bei ihm vorzeitig die sog. miliaren Aneurysmen (die gewöhnliche Quelle der Hirnblutung) entwickelt, so kann es zwar nicht als unmöglich bezeichnet werden, dass der angebliche Stoss gegen die Stirn die Hirnblutung hervorgerufen hat. Die Wahrscheinlichkeit ist aber eine weit grössere, dass die Blutung aus inneren Ursachen (Blutandrang nach dem Kopf in Folge körperlicher Anstrengung, geschlechtlicher Erregung und kräftigen Niesens) erfolgte.

4. Es ist auch ohne Geständniss und ohne diesbezügliche ärztliche Mittheilungen die Annahme bezw. Vermuthung berechtigt, dass X. früher syphilitisch infizirt gewesen ist. Unter dieser Voraussetzung bereitet die Entstehung der Hirnblutung dem Verständniss keine Schwierigkeiten. Es ist dann auch als durchaus möglich zu bezeichnen, dass eine so geringfügige Erschütterung des Kopfes, wie sie X. am 10. August 1898 erlitten haben soll, den Anstoss zur Entwickelung der Hirnblutung gegeben hat. Es ist aber auch unter diesen Verhältnissen mindestens eben so wahrscheinlich, dass die angeführten inneren Ursachen die Hirnblutung hervorgebracht haben.

Drei Fälle von versuchter Täuschung durch Selbstmord.

Von

Prof. Seydel-Königsberg.

Wenn auch die Täuschung, durch Selbstmord sich die Lebensversicherungssumme zu verschaffen, im Allgemeinen selten, so wird die Mittheilung nachstehender drei Fälle nicht ohne Interesse sein, da die Wege der Täuschung und die Mittel, derselben rechtzeitig zu begegnen, kurz berührt werden sollen.

Der erste Fall betraf einen etwa 40 jährigen leichtsinnigen und ziemlich einfältigen Gutspächter; derselbe hatte sein Leben mit etwa 30 000 Mark versichert, war seit längerer Zeit in finanzielle Schwierigkeiten gerathen und starb plötzlich nach vorangegangenem vollständigen Wohlsein, nach einer etwa 5 Stunden lang dauernden Erkrankung mit starkem Erbrechen und schnellem Kräfteverfall. Die betr. Gesellschaft requirirte einen älteren erfahrenen Physikus, der bei der Magensektion die für Arsenvergiftung charakteristischen Veränderungen, blutigen Schleim als Inhalt, blutige Suffusion der Schleimhaut und ein fast kirschkerngrosses Stück Arsenik (arsenige Säure) vorfand. Der Beweis für eine absichtliche Vergiftung durch den Versicherten war hierdurch erbracht. Die Auszahlung der Lebensversicherungssumme seitens der Versicherungsgesellschaft unterblieb. Welche Rückzahlung seitens der Versicherungs-Gesellschaft an die Angehörigen etwa gemacht ist, habe ich nicht erfahren.

Wesentlich komplizirter und vom ärztlichen Standpunkt interessanter ist der zweite Fall.

Ein seit längerer Zeit in finanziellen Schwierigkeiten befindlicher Gutspächter, der ziemlich weit von der nächsten Stadt auf dem Lande wohnte, hatte sein Leben inkl. Unfallsversicherung enorm hoch, ich glaube nicht zu irren, im Ganzen mit 270 000 Mark versichert.

Er war vor Zeugen auf ein junges, etwas unbändiges Pferd gestiegen, von demselben abgeworfen, hatte es von Neuem bestiegen und wurde zum zweiten Male abgeworfen. Er war dann in seine Wohnung gegangen, hatte sich zu Bett gelegt, vorher aber an sämmtliche Gesellschaften, bei denen er versichert war, Nachricht über seinen schweren Unfall geschickt. Dann hatte er einen Arzt holen lassen, der erst in einigen Stunden eintraf und keine Hautverletzung nachweisen konnte. Kurse Zeit darauf stellten sich bei dem Versicherten starke Krämpfe ein, unter welchen der Tod in etwa 24 Stunden erfolgte.

Die Vertreter der Versicherungsgesellschaften scheinen etwas lange mit der Sektion gezögert zu haben, so dass die Leiche im heissen Sommer in einen sehr vorgeschrittenen

Fäulnissgrad gerathen war. Schliesslich wurde der Prosektor des hiesigen pathologischen Instituts mit der Sektion beauftragt, deren Resultat in Anbetracht der starken Zersetzung negativ sein musste. Mit den Leichentheilen ist meines Wissens keine weitere Untersuchung, namentlich kein physiologisches Experiment vorgenommen worden. Die Versicherungssumme ist, so weit ich erfahren, von den Gesellschaften zum grössten Theile gezahlt worden.

Fall 3 befindet sich noch gegenwärtig in gerichtlicher Verhandlung und zeigt, wie grosse Vorsicht geschickten Täuschern gegenüber, namentlich von Seiten der Gesellschaften, geboten.

Ein etwa dreissigjähriger, recht kräftig gebauter und gut genährter Privatlehrer, der früher Medizin, später Philologie studirt hatte, meldete sich zu einer ziemlich hohen Versicherung (30 000 Mark) bei einer älteren Gesellschaft, welche die Versicherung des bei anderen Gesellschaften schon mehrfach versicherten Mannes ablehnte. Eine andere Gesellschaft beanstandete seine Aufnahme, nachdem die ärztliche Untersuchung ein relativ günstiges Resultat ergeben hatte, nicht und nahm den Antrag an. Der Versicherte lebte in einem kleinen Städtchen im Süden Ostpreussens. Hier hatte er im besten Wohlsein eine Festlichkeit mitgemacht, war in seine 1 Treppe hoch belegene Wohnung gegangen und am Morgen als Leiche aufgefunden. Verdächtig war, dass am Abend vor seinem Tode ein Bekannter, Vertreter des Inhabers der Police, in derselben gewesen war und sämmtliche Papiere, namentlich die Versicherungspolice, an sich genommen hatte. Es wurde nachgewiesen, dass der Versicherte sehr plötzlich gestorben sein müsste, da die Leiche am Fussboden nahe bei der Stubenthüre liegend gefunden wurde.

Die von dem Vertreter der Versicherungs-Gesellschaft beantragte Leichenöffnung wurde anfangs von den Behörden abgelehnt, später nach Beschwerden beim zuständigen Landgerichte gestattet und 8 Wochen nach dem Tode ausgeführt. Auffällige anatomische Veränderungen wurden an der Leiche nicht gefunden, die chemische Untersuchung auf Gifte fiel negativ aus. Die Gesellschaft verweigerte die Auszahlung der Versicherung, da ausser diesem verdächtigen Tode Täuschungen durch falsche Angaben über den Gesundheitszustand nachgewiesen werden konnten. Die Angelegenheit ist noch nicht entschieden.

Die beiden letzten Fälle scheinen mir für die Versicherungsgesellschaften folgende dringliche Forderungen zu ergeben: Es muss in jedem Falle plötzlichen oder unnatürlichen Todes den Gesellschaften gestattet werden, durch zuverlässige Vertrauensärzte die Oeffnung der Leiche sofort auszuführen. In erster Linie sind dazu zwar die beamteten Kreisärzte hinzuzuziehen, sobald die Gesellschaften aber eine bakteriologisch und toxikologisch ausgebildete Person damit beauftragen, sollen Behörden die Erlaubniss nicht verweigern. Verweigerung der Sektion durch die Erben ist gleichbedeutend mit Verzicht auf die Versicherungssumme, wie bei der Unfallsgesetzgebung.

Im zweiten Fall hat es sich nach dem Verlaufe der Krankheit jedenfalls um eine Strychnin-Vergiftung gehandelt. Die Absicht, eine Erkrankung an Wundstarrkrampf vorzutäuschen, ist damit, so weit meine Information reicht, gelungen. Der Nachweis des Tetanus-Giftes aus selbst etwas faulen Leichen gelingt nach den neueren Erfahrungen mit absoluter Sicherheit durch das Thierexperiment an Mäusen. Der Nachweis des Strychnins wäre bei rechtzeitiger Sektion und wohl auch später aus dem Nierensekret, wo das Gift bekanntlich am konzentrirtesten zu finden ist, bei genauer Untersuchung gelungen. Das Krankheitsbild ist m. E. auch ganz ungenügend verwerthet worden.

Im dritten Falle kann es sich von den bekannten Giften nur um ein blausäurehaltiges Mittel, wahrscheinlich um Cyankalium handeln. Der Nachweis dieses Giftes ist bekanntlich in frischen Fällen am leichtesten durch den charakteristischen Geruch, wird aber mit jeder Woche nach dem Tode schwieriger und schwindet nach etwa 6 Wochen, wenn der Geruch aufgehört hat, vollständig. In diesem Falle war die sofortige Sektion der sehr verdächtigen Leiche das einzige sichere Beweismittel.

Vielleicht dürfte es sich in solchen suspekten Fällen empfehlen, von vornherein einen Antrag bei der zuständigen Staatsanwaltschaft zu stellen, um die Sektion durch die lokalen beamteten Aerzte unter Zuziehung eines Vertrauensarztes der betreffenden Versicherungsgesellschaft möglichst schnell ausführen zu lassen.

In verdächtigen Fällen müsste aber Verweigerung der Sektion seitens der Erben oder Policeinhaber gleichbedeutend sein mit Verzicht auf die Lebensversicherungssumme, nach demselben Prinzipe, wie es von der Unfallversicherung, deren humane Tendenzen über allen Zweifel erhaben sind, für die Rentengewährung an Hinterbliebene aufgestellt ist.

Das Trauma in seiner ätiologischen Bedeutung im Allgemeinen und für den akuten Gelenkrheumatismus im Besonderen.

Von

Dr. H. Kühn-Hoya a. W.

So unbestritten sicherlich von allen Aerzten die gelegentliche Bedeutung des Traumas für die Entstehung innerer Krankheiten anerkannt wird und deshalb dasselbe zu den allgemeinen Krankheitsursachen gerechnet wird, wie z. B. auch die athmosphärischen und thermischen Einflüsse, so hat doch gerade in den verflossenen letzten zwei Jahren ein lebhafter Widerstreit und Austausch der Meinungen ärztlicher Autoren über Quantität und Qualität des Einflusses der Traumen in besagter Hinsicht stattgefunden. Und das ist gut so, denn nur durch eingehende Beleuchtung dieser äusserst wichtigen Frage von den verschiedensten Seiten aus, unter Benutzung aller uns zu Gebote stehenden Hilfsmittel und unter kritischer Anwendung derselben ohne Voreingenommenheit und Rücksicht auf das sich eventuell ergebende Resultat dürfte es hoffentlich gelingen, hier mehr Klarheit und Wahrheit in den thatsächlichen objektiven Verhältnissen zu schaffen.

Der reine Zufall ist es bestimmt nicht, dass besonders in den letzten 17 Jahren, und zwar seit der Wirksamkeit der Unfallversicherungsgesetze, die Krankheiten voranlassende Eigenschaft der Traumen ganz ausserordentlich gestiegen und an wesentlicher Bedeutung gewonnen hat für alle betheiligten Parteien, für die Versicherten zur Geltendmachung von Ansprüchen bezw. zur Erlangung einer Rente, für die Aerzte als naheliegendes Moment, um bei Mangel an anderen Ursachen einen vorliegenden Krankheitszustand bei einem Unfallverletzten leicht und ungezwungen zu erklären, zu ihrer eigenen Beruhigung und zur Zufriedenheit der Petenten. Während nun die einen Beurtheiler beim Beschreiten des „Weges nüchterner Kritik“ den Kreis der ätiologischen Bedeutung des Traumas reichlich eng ziehen, wollen die Anderen diesem erheblich weitere Grenzen stecken, in durchaus richtiger Erkenntniss, dass es ja wie bei vielen medizinischen Fragen, so auch bei der Bewerthung der Frage nach der Ursächlichkeit des Traumas meist nicht möglich sei, einen strikten Beweis

zu erbringen, eine Forderung, die sich ausserdem erübrige in Rücksicht auf den humanen sozialpolitischen Zweck der Unfallversicherung. Einen wohl gemeinten und nach meiner Auffassung auch wohlgelungenen Vermittelungvorschlag zwischen beiden divergirenden Anschauungen macht in Nr. 6, 1902, der Deutschen medizinischen Wochenschrift in einem Aufsatz: „Zur ätiologischen Bedeutung der Trauma" Dr. F. Ritter in Oldenburg, in dem er ausführt: „Ein prinzipieller Gegensatz scheint erstens nicht zu bestehen, sondern nur ein quantitativer, ein gradueller, sofern der Eine mehr, der Andere weniger traumatische Erkrankungen anzunehmen geneigt ist, Niemand sie aber ganz leugnet; zweitens kann der ursächliche Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung seiner Ansicht nach in den meisten Fällen, von denen hier die Rede ist, gar nicht mit Sicherheit entschieden werden, weil die heutzutage entscheidenden Momente, vor allem Sektion und Experiment, nicht herangezogen werden können. Es handelt sich also in diesen Fällen nur um Wahrscheinlichkeit, grössere oder geringere, und damit ist der subjektiven Auffassung des Gutachtens grösserer oder geringerer Spielraum gegeben. Von solchen Erwägungen geht ja auch die soziale Rechtsprechung aus, die keinen juristischen strikten Beweis, sondern nur Wahrscheinlichkeit verlangt. Ist dies richtig, so wird dem scharfen Gegensatz zwischen beiden Auffassungen die Spitze abgebrochen und eine Verständigung angebahnt; aber freilich beide Seiten werden nachgeben müssen."

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen über die Bewerthung des Traumas als Krankheitsursache, die aber für mich bei Beurtheilung des jetzt folgenden Falles von bestimmender Bedeutung waren und die ich deshalb vorangeschickt habe, komme ich jetzt zur Mittheilung meiner eigenen Beobachtung. Meines Wissens die letzte innere Erkrankung, neben den schon vielen herangezogenen anderen, ist der akute Gelenkrheumatismus, für den als gelegentliche Entstehungsursache ein Trauma angenommen worden ist. Vor zwei Jahren erst erfolgte in vorliegender Zeitschrift (No. 12, 1900) die erste Notiz darüber von dem in Unfallsachen ja ausserordentlich erfahrenen Herausgeber derselben, Herrn Geh. Mediz.-Rath Becker, der in derselben auch die erste Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Fälle brachte. Auch die Zahl der danach veröffentlichten Fälle ist nur eine sehr kleine geblieben. Doch will ich hier keine Wiederholungen machen und für die eventuellen Interessenten lasse ich am Ende meines Aufsatzes eine Zusammenstellung der bis jetzt über diese Frage vorhandenen Literatur folgen. Von den etwa mitgetheilten 46 Beobachtungen scheiden zunächst bei oberflächlicher Durchsicht 10 als nicht stichhaltig aus, und auch von den übrig bleibenden 36 sind eine ganze Reihe wenig beweiskräftig bis auf nur einige vereinzelte Beobachtungen, unter denen ich namentlich die von Dr. Wolff-Danzig erwähnte kasuistische Mittheilung in No. 16, 1900, vorliegender Zeitschrift für sehr beweiskräftig halte; danach entwickelte sich bei einer bis dahin gesunden und jedenfalls nie an Rheumatismus erkrankten Patientin nach einem Fall auf die rechte Seite und ganz besonders das rechte Knie ein akuter Gelenkrheumatismus in fast allen grossen Körpergelenken, ja so zu sagen in unmittelbarer Aufeinanderfolge auf das Trauma, wie es thatsächlich sonst zuweilen bei Erkältungen und Durchnässungen beobachtet wird. Jedenfalls ergiebt sich aus allem Mitgetheilten, dass das Trauma sicher eine sehr seltene Ursache für die Entstehung des akuten Gelenkrheumatismus darstellt.

Zur weiteren Klarstellung dieser Frage nun, sowie zugleich eingedenk der Worte Bacos, dass ein einzelner Fall, wenn er bevorzugt ist, viele gewöhnliche Fälle aufwiegt, theile ich jetzt meine Beobachtung mit. Da der Verletzte sofort nach dem Unfall in meine ambulante und ein Tag darauf wegen der eingetretenen Verschlimmerung in meine klinische Behandlung im hiesigen Kreiskrankenhause kam, so ist an dem Befund kein Zweifel, zumal ich ihn auch von mehreren Kollegen kontroliren liess. Die sorgfältig geführte Krankengeschichte theile ich nicht mit, sondern lasse gleich das auf Grund derselben von mir am 4. November 1901 erstattete Gutachten bis auf ganz unwesentliche Kürzungen folgen. Dasselbe lautet:

Aerztliches Gutachten.

Auf Ersuchen des Vorsitzenden des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in Hannover gestatte ich mir auf Grund der genauen Krankengeschichte folgendes Gutachten zu erstatten über die Erkrankung sowie den dadurch bedingten Eintritt der Erwerbsunfähigkeit des jetzt geisteskranken Bahnschaffners G. K. in A.

G. K., 29 Jahre alt, giebt an, nie erheblich krank gewesen zu sein; als Soldat hat er nicht gedient. Im Jahre 1899 ca. 3 Wochen vor Weihnachten erlitt er eine Verrenkung des rechten Schultergelenkes, von deren Folgen er unter der Behandlung des Dr. E. in V. nach 4 Wochen ganz wiederhergestellt war. Betreffs seiner jetzigen Erkrankung schildert er den Hergang folgendermassen: Am 11. Dezember 1900 Vormittags gegen 8 Uhr trat er beim Absteigen vom Trittbrett des Wagens mit dem rechten Fuss auf einen Stein und erlitt dadurch eine Umknickung desselben; wohl empfand er sofort Schmerz im rechten Fussgelenk, doch arbeitete er weiter bis zum 13. Dezember Vormittags, bis dann die Schmerzen zunahmen, Schwellung des rechten Fussgelenks eintrat, der Gang beschwerlich wurde, so dass er sich eines Stockes dabei bedienen musste. Bei meiner ersten Untersuchung an diesem Tage fand ich das rechte Fussgelenk erheblich verdickt (Umfang R = 29,5, L = 27 cm), schmerzhaft bei Bewegungen, besonders an der Spitze des äusseren Knöchels. Auf Grund dieses Befundes konstatirte ich eine Verstauchung des rechten Fussgelenks (Distorsio pedis dextri) durch Umknicken mit dem Fuss. Nach Anlegung eines Heftpflasterverbandes nach Angabe des amerikanischen Arztes Gibney wurden Schmerzen und Gang ganz wesentlich gebessert, wenngleich auch jetzt schon ein Wenig über den linken Fuss geklagt wurde. Am Abend desselben Tages konsultirte er mich nochmals und klagte jetzt über Schmerzen im linken Knie- und Fussgelenk; erheblichen Befund konnte ich nicht feststellen. Am 14. Dezember suchte P. mich im hiesigen Kreiskrankenhause auf und klagte über erhebliche Schmerzen im linken Knie- und Fussgelenk und im rechten Fussgelenk; nur sehr mühsam hatte er den kleinen Weg zum Krankenhause zurücklegen können; er glaubte an Influenza zu leiden, da er sich auch sonst nicht wohl fühlte. Die Untersuchung ergab eine Schwellung beider Fussgelenke sowie Schmerzen in diesen wie im linken Kniegelenk, ausserdem bestand Fieber (38,4° C.) Morgens; auf Grund dieses Befundes konstatirte ich einen acuten Gelenkrheumatismus. P. blieb deshalb vom 14. Dezember 1900 bis 2. März 1901 im hiesigen Kreiskrankenhause in Behandlung; ausserdem veranlasste ich die hiesige Kleinbahn zu einer Unfallanzeige über K. Unter zweckentsprechender Behandlung (Bettruhe, Umschläge, Salicylsäure) war P. nach 9 Tagen fieberlos, blieb es bis zum 15. Januar d. Js., wo nochmals ein geringes Recidiv von 2tägiger Dauer eintrat, um dann dauernd bis zur Entlassung am 2. März d. Js. fieberfrei und ohne Schmerzen zu sein. Eine beim Gelenkrheumatismus eben so häufige wie in diesem Fall auch recht verhängnissvolle Komplikation konnte vom 17. Dezember 1900 an bei unserem Patienten konstatirt

werden: die Miterkrankung des Herzens; der folgende Befund ergab sich am 18. Dezember: Herzstoss verbreitert, sehr kräftig, sichtbar im IV.—V. linken Zwischenrippenraum und in der Magengrube; Herzdämpfung nach links verbreitert bis zur Brustwarzenlinie; über dem Herzen und zwar am deutlichsten an der Herzspitze, doch auch an der Lungenarterie ist ein systolisches d. h. mit der Herzkontraktion zusammen fallendes, etwas schabendes Geräusch zu hören, Puls frequent, 95 Schläge in der Minute. Hiernach handelte es sich um eine Miterkrankung der das Herzinnere überziehenden Haut oder Endocarditis. Dieser Befund bestand, oft mehr oft weniger stark ausgeprägt, so dass das Geräusch tageweise manchmal wenig oder gar nicht zu hören war, bis zum 2. Februar d. Js., von welchem Tage ab ich keine Geräusche mehr finden konnte bis zur Entlassung des Patienten. Zurück blieb eine Neigung zu Herzklopfen schon nach geringen körperlichen Anstrengungen oder nach psychischen Aufregungen, zu denen der anscheinend sonst ruhige, stille und mehr in sich gekehrte und wohl etwas grübelnde Patient jetzt veranlagt schien. Das ganze Allgemeinbefinden sowie der Ernährungszustand desselben hatte während der Krankheit sehr gelitten; Patient, der vorher 142 Pfd. gewogen, nahm bis zum 19. Dezember v. Js. 19 Pfd. ab, so dass er an diesem Tage 123 Pfd. wog; von da an hob sich das Körpergewicht wieder allmählich und betrug am 26. Februar d. Js. wieder 142,5 Pfd. Trotzdem bestand neben der Neigung zu Herzklopfen noch eine sehr hervortretende allgemeine Blässe der Haut wie der sichtbaren Schleimhäute. In diesem Zustande wurde K. am 2. März d. Js. zur weiteren Erholung nach Hause entlassen mit der Weisung, sich einmal wöchentlich bei mir vorzustellen und erhielt eine Eisenarznei. Einmal, am 18. März d. Js. hat sich derselbe, noch nicht weiter gebessert, bei mir in der Sprechstunde vorgestellt. Am 16. April d. Js. wurde derselbe abermals ins hiesige Kreiskrankenhaus aufgenommen wegen Geistesstörung, die sich im Hause entwickelt hatte, und blieb daselbst bis zum 30. April, an welchem Tage er nach der Irrenanstalt zu Hildesheim übergeführt wurde. Während der Zeit seiner zweiten Aufnahme hat K. nicht in meiner, sondern in Behandlung von Geh. San. Rath, Kreisarzt H. gestanden, so dass ich über diese Zeit nichts Näheres aussagen kann.

Auf Grund meiner eben skizzirten genauen klinischen Beobachtung, sowie der sonstigen Erhebungen, gebe ich mein ärztliches Gutachten wie folgt ab:

1. In Folge des Betriebsunfalles vom 11. Dezember 1900 hat K. eine Verstauchung des rechten Fussgelenks erlitten, an die sich ganz unmittelbar ein akuter Gelenkrheumatismus mit gleichzeitiger wesentlicher Erkrankung des Herzens schloss. Ich stehe nicht an, die angegebene Verletzung als ursächliches Moment für die Entstehung des Gelenkrheumatismus nebst seiner Folge, des Herzleidens, zu erklären. Derartige ärztliche Beobachtungen sind in der Sachverständigen-Literatur schon mehrfach angegeben worden wie z. B. in der Aerztlichen Sachverständigen Zeitung, VI. Jahrgang 1900, No. 12, Gelenkrheumatismus nach Trauma von Dr. C. Becker, ebenda No. 13, Gelenktrauma und akuter Gelenkrheumatismus von Dr. Maréchaux, ebenda Nr. 16, Akuter Gelenkrheumatismus und Trauma von Dr. Wolff, ebenda Nr. 24. Ueber die Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus und über den pyogenen Umschwung desselben von Kissinger. Um diesen Zusammenhang in unserem Fall recht klar und verständlich zu machen, deswegen habe ich den ersten Theil der Krankengeschichte mit ihren genauen Daten ausführlicher mitgetheilt.

2. H. war in Folge dieses Leidens noch erwerbsunfähig am 2. März, dem Tage seiner Entlassung aus dem Krankenhaus, eben so wie nach Ablauf der 13 Wochen am 14. März d. Js., nachdem ich ihn am 18. März zuletzt ärztlich untersucht hatte. Ob etwa ein Zusammenhang der bald danach einsetzenden Geisteskrankheit mit der vorhergegangenen Krankheit besteht oder nicht, darüber ist nur auf Grund einer Einsicht in die Akten über diesen Fall ein etwaiges Urteil abzugeben.

3. Von welchem Zeitpunkt ab K. als dauernd erwerbsunfähig anzusehen ist, ist bei der Kürze der Beobachtungszeit schwer zu sagen; indessen möchte ich in Berücksichtigung der Art der Erkrankung mit ihrer nach ärztlicher Erfahrung unsicheren Vorhersage mein Urtheil dahin abgeben, dass K. zunächst natürlich erwerbsunfähig war vom 13. Dezember 1900 bis 14. März 1901 und dass ich ihn vom 14. März d. Js. ab für weitere 6 Monate für wahrscheinlich erwerbsunfähig halte; Genaueres kann ich über den Beginn der eventuellen dauernden Erwerbsfähigkeit nicht mit Wahrscheinlichkeit aussagen.

So weit das Gutachten. Nachtragen möchte ich zunächst noch aus der Anamnese etwas, was ich in dem Gutachten leider zu erwähnen vergessen habe, was aber doch bei der nun folgenden kritischen Würdigung des Falles von entschiedener Bedeutung ist. Der Verletzte gab nämlich an, dass er ca. fünf Tage vor seinem Unfall am 11. Dezember 1900 sich nicht besonders gut befunden habe; er sei erkältet gewesen, habe Husten, Schnupfen und etwas Schmerzen im Halse und nicht den Appetit wie gewöhnlich gehabt, doch habe er immer Dienst gethan; dieser Zustand habe sich aber schon wieder etwas gebessert bis zum 11. Dezember 1900. — Ferner möchte ich noch einige kurze Bemerkungen über die allgemeine Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus hier anfügen, die nichts Neues bringen, sondern nur Bekanntes ins Gedächtniss zurückrufen sollen. Der akute Gelenkrheumatismus wird jetzt als eine Infektionskrankheit aufgefasst, wenn auch die Akten über das spezifische organisirte Krankheitsgift, ob Streptococcus oder Staphylococcus oder noch andere Kokken in Betracht kommen, trotz vieler sorgfältigen Untersuchungen noch nicht geschlossen sind. Unter den veranlassenden Ursachen ist ohne Zweifel die erste und häufigste und durch absolut einwandfreie klinische Beobachtungen gestützte Thatsache der Erkältung zu erwähnen, also eine sogenannte zeitliche Disposition oder Vorbedingung für das Entstehen der Infektion. Neuere Beobachtungen haben aber weiter auch die wichtige Bedeutung einer persönlichen Disposition klar gelegt, die geschaffen wird durch das Bestehen von Schleimhautkatarrhen des Rachens, begleitet von Bronchitis, ferner von Mandelentzündung. Bis zu zwei Drittel der Fälle werden derartige Zustände in ätiologische Beziehung zum Gelenkrheumatismus gebracht und als Eintrittspforten für das rheumatische Gift angesehen.

Erinnern möchte ich schliesslich noch an die bedeutsamen Versuche Fischls aus der experimentellen Pathologie, dem es gelungen ist, mit abgeschwächten Staphylokokken Kulturen bei Versuchsthieren, insbesondere Kaninchen, nicht nur milde verlaufenden Polyarthritiden, besonders wenn er einzelne Gelenke mässigen traumatischen Einflüssen unterwarf, sondern auch Endocarditiden, welche der verrukösen Endocarditis der Menschen einigermassen ähnlich waren, hervorzurufen.

Auf Grund der mitgetheilten genauen klinischen Beobachtung und in Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung, sowie anderweitiger klinischer Erfahrungen glaube ich folgende Schlussfolgerungen aufstellen zu können nach vorheriger kurzer Zusammenfassung des Thatbestandes des mitgetheilten Falles. Ein bis dahin gesunder, jedenfalls

nicht rheumatisch veranlagter Mann erleidet nach eben erfolgtem, noch nicht einmal ganz überstandenem kurzen Kranksein an Erkältung eine Verstauchung eines Fussgelenks, an die sich in fast unmittelbarem Anschluss ein typischer Gelenkrheumatismus mit Endocarditis anschliesst.

Schlusssätze:

1. Neben den gewöhnlichen Ursachen des akuten Gelenkrheumatismus tritt die ätiologische Bedeutung des Traumas für sich ganz allein wesentlich zurück und ist sicher äusserst selten, wenn auch anscheinend sicher vorhanden.

2. Bei vorhandener zeitlicher und örtlicher Disposition kann das Trauma entschieden erhöhte ätiologische Bedeutung als mitwirkende Ursache erlangen.

3. In der Erkenntniss, dass die angebliche traumatische Entstehung des akuten Gelenkrheumatismus nicht die Regel, sondern eine seltene Ausnahme ist, ist in jedem konkreten Fall ein möglichst genauer Nachweis zu führen, warum hier die Ausnahme stattfindet, unter eingehender Berücksichtigung aller eventuell wichtigen Momente.

Die genaue Beobachtung der eben gegebenen Leitsätze bei Beurtheilung des traumatischen Gelenkrheumatismus deckt sich vollkommen mit dem Standpunkt, den Stern, der Verfasser des bekannten Buches: „Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten" ganz allgemein aufstellt und folgendermassen präzisirt: Einen unmittelbaren Kausalzusammenhang mit dem Trauma kennt er nur bei den durch dasselbe gesetzten Verletzungen an, während er die Krankheiten, die sich an die Verletzungen anschliessen, nicht als nothwendige Folgen des Traumas allein ansieht, sondern ausserdem noch von der Beschaffenheit des betroffenen Organismus (individuelle Disposition) und von äusseren Einflüssen abhängig ansieht. Das Trauma ist nur eine von mehreren zusammen wirkenden Ursachen, sehr oft sogar überhaupt nicht als eigentliche Ursache, sondern nur als auslösendes Moment anzusehen.

Mehr brauchen wir Aerzte auch als objektive Beurtheiler nicht zu sagen, und mehr wird von den entscheidenden Instanzen auch von uns nicht verlangt. Denn die höchste Instanz, das Reichsversicherungsamt, hat wiederholt ausgesprochen, dass es eines zwingenden Beweises für den ursächlichen Zusammenhang nicht bedarf, sondern eine hohe Wahrscheinlichkeit genügt. Sache der Aerzte ist es also, eine möglichst genaue und objektive Feststellung des Thatbestandes zu geben ohne irgendwelche andere Rücksichten, Sache der entscheidenden Richter ist es, in dubio pro aegroto zu entscheiden, was ja auch in Berücksichtigung der humanen Absichten der Versicherungsgesetze reichlich und vollauf geschieht.

Literatur.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1900, VI. Jahrgang, No. 12, 13, 16, 24. Deutsche Medizinal-Zeitung 1900, No. 17.

Referate.

Sammelbericht.

Die neueren Arbeiten über traumatische Erkrankungen der Wirbelsäule.

Von Dr. P. Stolper-Breslau.

(Schluss.)

Von indirekten Verletzungsfolgen an der Wirbelsäule ist in den letzten Jahren besonders viel gesprochen und geschrieben worden. Die Diskussion über das von Kümmell-Hamburg aufgestellte Krankheitsbild, fälschlich als Spondylitis traumatica bezeichnet, scheint jetzt beendet; diejenige über die ankylosirende Wirbelsäulenerkrankung ist noch in vollem Gange. Im Hinblick auf die Summe der Publikationen zu diesen beiden Fragen kann ich mich einer allgemeinen Bemerkung nicht enthalten.

So verdienstlich auch die Hervorhebung klinisch-charakteristischer Krankheitsbilder ist, so bedauerlich ist oft die Wirkung einer solchen literarischen That, wenn sich weniger Erfahrene als die Schöpfer der betreffenden Idee mit dieser befassen. Was ist Alles in kleinen Publikationen zur Spondylitis traumatica gerechnet worden, was zur ankylosirenden Wirbelsteifigkeit? Aber noch viel verhängnissvoller wird die Wirkung solcher Publikationen, wenn Aerzte, welche sich mit diesen Fragen nicht eingehend beschäftigen können, die nur halberfasste Melodie aufgreifen und sie in ihren Gutachten weitergeben. Wie für die „traumatische Neurose", so gilt für die Kümmell'sche Krankheit der Schulmerkreim „Was man nicht dekliniren kann u. s. w." Die Erörterung der letzten Jahre hat bezüglich des klinisch zweifellos eigenartigen Krankheitsbildes ergeben, dass ihm kein neuer, unbekannter, pathologisch-anatomischer Krankheitsprozess zu Grunde liegt, sondern es sich immer um zunächst als solche nicht anerkannte oder nicht erkennbare Wirbelkörperkompressionsfrakturen handelt. Kümmell (61. Naturforscher Vers. 1891 und diese Zeitschrift 1895, 1) hatte — und dieses Verdienst wird ihm Niemand streitig machen — hervorgehoben, dass nach einer Gewalteinwirkung gegen die Wirbelsäule die Schmerzen oft nach wenigen Tagen verschwinden, und dass nach einem freien Intervall von Wochen oder Monaten dieselben heftiger wiederkehren, zugleich mit Interkostalneuralgieen, oft auch mit leichten Motilitätsstörungen der Beine. Schliesslich zeige sich ein bislang sicher nicht vorhandener Gibbus, meist eine Kyphose und starke Druckempfindlichkeit der prominenten Wirbel. Er nahm eine rarefizirende Ostitis als Grund dieses Zusammenbruchs der Wirbel an. Schon Wagner-Stolper (l. c. S. 246) haben die Annahme einer Spondylitis, einer Entzündung des Knochens als inkorrekt bezeichnet. Oberst-Halle sah sich (71. Naturforscher-Vers. und „Ein Beitrag zu der Frage von den traumatischen Wirbelerkrankungen, Münchener med. Wochenschr. No. 39, 1900) durch eine Arbeit von J. Schulz: Weitere Erfahrungen über traumatische Wirbelerkrankungen (Beitr. z. klin. Chir. Bd. XXVII 2. 1900) veranlasst, auf diesen Punkt noch einmal zurückzukommen, da Schulz seine und Schede's Diskussionsbemerkungen völlig ignorirt und, wie ich hinzufügen kann, die klinische Auffassung von Wagner-Stolper zwar verbotenus benutzt, indess ohne ihrer dabei Erwähnung zu thun. Oberst hebt mit Recht hervor, „dass es eine rarefizirende Ostitis, die sich oft auch nach unbedeutenden, kaum beachteten Verletzungen der Wirbelsäule Wochen bis mehrere Monate nach dem Trauma bilden und schliesslich zu fortschreitenden, hier und da umfangreichen Substanzverlusten führen soll, nicht giebt". In der ganzen Pathologie der doch gründlich erforschten Verletzungen gäbe es kein Analogon. „Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass sämmtliche Fälle der sogen. traumatischen Spondylitis als Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule aufzufassen sind. Dieser Standpunkt ist in einem der Kümmell'schen Krankheit gewidmeten Kapitel von Wagner-Stolper schon 1898 klipp und klar zum Ausdruck gebracht, aber merkwürdiger Weise in keiner der späteren Arbeiten beachtet worden.

Für die praktische Gutachterthätigkeit möchte ich mit Rücksicht auf meine einleitenden Bemerkungen Oberst's Sätze wörtlich zur Beachtung hier anführen: „Nach Abschluss

der Diskussion in München habe ich, wie auch wohl die meisten der anwesenden Chirurgen den Eindruck gehabt, dass die traumatische Spondylitis endgiltig beseitigt sei. — Diese Bezeichnung hat zu vielfachen Irrthümern Veranlassung gegeben. Man erfährt — auch heute noch — oft genug, dass selbst von den bestunterrichteten, jedoch nicht über genügende eigene Erfahrung gebietenden Aerzten eine traumatische Spondylitis angenommen wird in Fällen, in denen eine schon lang zurückliegende Verletzung von so geringer Intensität stattgefunden hat, dass unmöglich an eine Läsion der Wirbelsäule gedacht werden kann. Eine geringe Prominenz des Process. spinos. der unteren Rücken- und Lendenwirbel (die besonders bei der arbeitenden Bevölkerung in den reiferen Jahren als pathologisch nicht angesehen werden kann), ist leicht gefunden und die Diagnose „traumatische Spondylitis wird damit motivirt, dass „bekanntlich“ und erfahrungsgemäss oft sehr lange nach unbedeutenden, wenig beachteten Verletzungen der Wirbelsäule auftreten u. s. w.“ Oberst giebt 3 Abbildungen, welche solche nicht traumatische Kyphose illustriren.

Uebrigens hätte J. Schulz kein besseres Bild als Fig. 2. Tafel 2, seiner Arbeit geben können, die Röntgen-Photographie einer Wirbelsäule mit keilförmiger Kompression und selten schönem Kortikalkallus, um zu zeigen, dass der betreffende Fall von Spondylitis traumatica eine alte Kompressionsfraktur war.

Nach dem Gesagten erübrigte es sich eigentlich, auf die Theorie von Mikulicz-Henle einzugehen, welche dem Kümmell'schen Krankheitsbilde eine trophische Störung supponirten, hervorgerufen durch blutige Durchtränkung der (trophischen) Spinalwurzeln, wenn nicht Lissauer: Ueber Knochenerweichung nach Trauma, (Monatsschr. f. Unfallhlk. 10., 1900) gestützt auf diese und Kümmell's Theorie, noch einen Schritt weiter gegangen wäre und eine Kyphose in Folge allgemeiner Osteomalacie auch auf Trauma, Fall aus der Höhe, zurückgeführt hätte. Aehnlich ist die Beweisführung von von Ley (D. med. Woch. 1899. 2) bezüglich des Darmbeins.

Die weiter zurückliegenden Arbeiten über Spondylitis traumatica sollen hier nur mit Namen erwähnt werden:

Hattemer: Ueber traumatische Spondylitis und sekundäre traumatische Kyphose (Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 20.)

Heidenhain: Erfahrungen über traumatische Wirbelentzündung (Monatsschr. f. Unfallhlk. 1897. 3.)

Schneller: Traumatische Spondyl. (Münch. med. Woch. 1897. 2.)

Henle: Beitrag zur Lehre von den traumat. Erkankungen der Wirbels. (Archiv f. Klin. Chir. Bd. 52.)

Henle: Hämatomyelie kombinirt mit traumat. Spondyl. (Mitthlg. aus den Grenzgeb. Bd. 1., Heft 3.)

Staffel: Ein Fall von Spondyl. traum. (Monatsschr. für Nervenheilk. 1897. 7.)

Mützel: Ueber Spondylitis traumat. (Dissertat. Würzburg 1898.)

Vulpius: Zur Behandlung der traumat. Wirbelentzündg. (Monatsschr. f. Unfallhlk. 1897.)

Thiem, C.: Handbuch der Unfallhlk.

Bähr: Die Lehre von der Spondyl. traum. (Monatsschr. f. Unfallhlk. 1899.)

Bonsdorf von: Spondyl. traum. (ref. Centralbl. f. Chir. 43. 1900.)

Hat man es in den Fällen von Kümmell'scher Krankheit immer mit einer traumatischen Kyphose zu thun, so hebt Riedinger in seiner in dieser Zeitschrift (1901 No. 3) bereits ausführlich referirten Arbeit die Scoliosis traumatica hervor. Auch diese hat in der Art der durch das Trauma gesetzten Fraktur des Wirbelkörpers ihren Grund. Er berichtet aber über einen Fall nicht primärer traumatischer Deformität, über eine unter dem Einfluss der Belastung entstandene sekundäre Lordo-Scoliose. Die Bezeichnung sekundäre traumatische Kyphose empfiehlt in analogen Fällen auch Wegner (Ueber die sogen. „Spondylitis traumat.“ D. militärärztliche Ztschr. 1901. 3) für alle die Fälle, wo ursprünglich wegen Ausbleibens eines Gibbus die Diagnose eines Wirbelkörperbruchs nicht zu stellen war. Wir müssen uns aber immer bewusst bleiben, dass es ja nur ein diagnostisches Unvermögen beschönigen heisst, wenn man für den Spätfolgezustand einer wohlgekannten Verletzung einen besonderen Namen wählt.

Wir kommen zur Frage des ursächlichen Zusammenhangs von Trauma und ankylosirender Wirbelsäulenentzündung. Nachdem v. Bechterew 1893 (Neurol. Centralbl.) eine Arbeit veröffentlicht hatte, „Ueber die Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform“, erwähnte Strümpell, dass er schon 1884 auf dieses neue Krankheitsbild hingewiesen habe. Pierre Marie glaubte die Bechterew'sche Krankheit von der Strümpell'schen trennen zu müssen, und lieferte neue Beiträge zu der letzteren. Die späteren Autoren liessen theils diese Eintheilung gelten, theils erkannten sie wesentliche Unterschiede nicht an, andere wieder beschrieben nicht hierher gehörige Fälle, und so besteht über diese Frage im Ganzen wenig Klarheit, um so mehr, als die pathologische Anatomie für die versteifenden Wirbelsäulenerkrankungen nur sehr spärliche anatomische Beläge geliefert hat.

Der von Bechterew'sche Typus der Wirbelsäulenversteifung ist nach dem Autor charakterisirt: 1. durch eine grössere oder geringere Unbeweglichkeit oder wenigstens eine ungenügende Beweglichkeit der ganzen Wirbelsäule, oder nur eines Theiles derselben und das ohne ausgesprochene Schmerzempfindlichkeit bei Druck oder Bewegung. 2. durch eine nach hinten bogenförmige Krümmung vornehmlich in der Brustgegend, wobei der Kopf nach vorn gerückt und gesenkt erscheint. 3. durch paretischen Zustand der Muskulatur des Rumpfes, Halses und der Extremitäten, meist mit geringer Atrophie der Rückenschulterblattmuskeln. 4. durch Hypästhesie im Gebiet der Cervikal- und Dorsalwurzeln, zuweilen auch der Lumbalwurzeln zugleich mit Parästhesieen und Schmerzen. 5. dadurch dass der Prozess der Versteifung von oben nach unten geht. 6. Heredität und Trauma spielen eine besondere Rolle. (Cyphose hérédo-traumatique.) Strümpell (D. Ztschr. f. Nervenhlk. II. 1897) und P. Marie (La spondylose rhizomélique Rev. de Méd. 1898) heben für ihr Krankheitsbild hervor: 1. die Ankylosirung schreitet von unten nach oben vor. 2. sie befällt auch die Hauptgelenke am Stamm, Hüftgelenke, Schulter (Spondylose rhizomélique), während die kleinen Extremitätengelenke (die Kniegelenke allenfalls ausgeschlossen) frei bleiben. Auch dabei besteht Atrophie der Rücken- und Brustmuskeln. Bechterew (D. Zeitschrift für Nervenheilk. Bd. 15. 1899) hat für sein Krankheitsbild auch einen Obduktionsbefund geliefert: Die Wirbel, vornehmlich der oberen Brustregion, waren fest mit einander verwachsen, andere nur in beschränktem Masse immobil. Die Zwischenwirbelscheiben waren zum Theil auch trophisch, die Dura spinalis etwas verdickt, sonst von normaler Beschaffenheit. Viele Nervenwurzeln, besonders in der Thoraxregion, hatten graues Aussehen. Die Pia spinalis war an den rückwärtigen Partieen stark verdickt, ebenso die Wände der in ihr reichlich verdickten Gefässe. Die mikroskopische Untersuchung

ergab degenerative Veränderungen in den vorderen und hinteren Wurzeln. Entsprechend der Einstrahlungszone der affizirten hinteren Wurzeln fand sich ausgesprochene Degeneration der zarten und der Keilstränge im meisterkrankten Niveau. Hier sah man auch Degeneration der Vorderstränge und Randdegeneration entsprechend den Seitensträngen in einem Systeme von in der vorderen Kommissur sich kreuzenden sensiblen Bahnen.

Bechterew zieht daraus den etwas weit gehenden Schluss, dass die Verkrümmung der Wirbelsäule bedingt ist durch Parese der die Rückenmuskeln innervirenden Spinalnervenwurzeln, die ihrerseits wieder die Degeneration der weissen Rückenmarkssäulen bedinge. Die Degeneration der Spinalwurzeln sei aber eine Folge der Kompression seitens der chronisch erkrankten Pia, vielleicht auch erklärlich aus den Adhäsionen der Dura mit den Spinalganglien, die gleichfalls Degeneration darboten. „Die Ankylose der Wirbelsäule entstände durch jahrelange Kompression der in ihrer gegenseitigen Stellung durch Parese der Rückenmuskeln veränderten Wirbel", welche zum allmählichen Schwunde der Knorpelscheiben, schliesslich zur Berührung und Verwachsung der Wirbel führe.

Diese Deutung erscheint dem Vorurtheilsfreien ohne Weiteres recht komplizirt und darum wenig wahrscheinlich.

Die von H. Schlesinger (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 6. Bd., 1900) gegebene anatomische Beschreibung von Präparaten aus dem Wiener Museum sind an sich interessant, aber da die klinischen und ätiologischen Daten dazu fehlen, für die Entscheidung der Frage, ob die genannten Krankheitstypen wirklich klinisch eigenartige Formen sind, ohne Belang.

Glaser's Fall (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 8, 1901), ebenfalls wegen des Sektionsergebnisses wichtig, gleicht ganz dem von Pierre Marie demonstrirten Präparat. Er fand:

1. knöcherne Ankylosen
   a) der Gelenke zwischen den Processus articulares,
   b) der Gelenke zwischen Rippen und Wirbeln;
2. Verknöcherungen des Bandapparates (Ligg. flava, apicum, interspinalia, radiatum);
3. sogen. suprakartilaginäre Exostosen-Knochenverbindungen zwischen den Lendenwirbeln.

Aber hier spielt ätiologisch möglicher Weise Syphilis eine Rolle, denn der 28jährige Patient hatte ausser Schankernarben in beiden Hoden syphilitische Granulationsgeschwülste.

Glaser berichtet ausserdem über zwei nur klinisch beobachtete Fälle von Wirbelsäulenversteifung bei einem 37jährigen Schuster, der lange im feuchten Keller gearbeitet hatte, bei ihm waren auch die Sternoklavikulargelenke befallen, und über einen 29jährigen Bäcker, der die Versteifung der Wirbelsäule und der Hüft- und Schultergelenke nach mehrfachen Attaquen von Gelenkrheumatismus zurückbehielt.

Zur Klärung der ganzen Frage beizutragen geeignet erscheint die Arbeit von Anschütz (ebendort), welcher über 10 klinische Beobachtungen von Wirbelversteifung mit starker Kyphose aus der Breslauer chirurgischen Klinik berichtet. Er kommt zu dem Ergebniss, dass keiner seiner Fälle ganz typisch für die eine oder andere Form, Bechterew oder Strümpell-Marie, ist. Nur zweimal war die Krankheit blos auf die Wirbelsäule beschränkt, siebenmal war das Hüftgelenk, viermal waren die Kniegelenke mit erkrankt, freilich in verschiedenem Grade. Ein Gesetz bezüglich des Ausgangs und der Richtung des Fortschreitens der Krankheit ergaben seine Beobachtungen nicht, ebenso wenig bezüglich der Aetiologie. Am ehesten spielten rheumatische Erkrankungen der Extremitätengelenke eine Rolle, danach Trauma und Erkältungen. Er sieht sich schliesslich in der Zwangslage, die atypischen Fälle der Spondylitis im weiteren Sinne zuzuzählen. Indem er m. E. sehr zutreffend die Mitbetheiligung oder nicht Mitbetheiligung anderer Gelenke als etwas Wesentliches bei der Beurtheilung der Krankheit nicht anerkennt, kommt er weiter zu dem Schluss, dass zwischen dem Typus Bechterew und demjenigen von Strümpell-Marie keine qualitativen, sondern nur quantitative Unterschiede bestehen. Ebenso hat sich schon Schlesinger ausgesprochen. Den zahlreichen Neurologen freilich, die sich mit diesem Kapitel beschäftigt haben, wird Anschütz die nervösen Symptome klinisch nicht genügend bewerthet haben. Er empfiehlt, alle diese chronischen Versteifungen der Wirbelsäule unter dem altbewährten und anatomisch gerechtfertigten Namen Spondylitis deformans zusammenzufassen.

Kedzior (Wiener med. Woch., 1902, No. 5, 6, 7) kommt an der Hand von 8 klinischen Beobachtungen ebenfalls zu dem Ergebniss, dass eine scharfe Trennung der Fälle von chronischer Wirbelsäulenversteifung im Sinne von Bechterew und Strümpell-Marie nicht durchführbar ist. Seine Fälle sind vorwiegend solche, die durch deformirende Gelenkentzündung oder durch chronischen Gelenkrheumatismus hervorgerufen sind. Ein Fall ähnelt nach seiner Meinung dem Typus Marie, die Schulter- und Sternoklavikulargelenke waren dabei mit erkrankt. Aber die Krankheit begann nicht im Unterabschnitt der Wirbelsäule, sondern verbreitete sich von oben nach unten.

Eine dritte Form endlich beschreibt neuerdings R. Cassierer: Ueber myogene Wirbelsteifigkeit (Berliner klin. Woch. 1902, 10, 11). Er sieht in einem chronischen Rheumatismus der Becken-, Hüft- und Schultermuskulatur das genetisch Bedeutsame. Spontane, Bewegungs- und Druckschmerzhaftigkeit der Muskeln, unwillkürliche Spannungen, Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit und Neigung zu fibrillärem und fascikulärem Tremor charakterisiren die Wirbelerkrankung, sie täuscht begreiflicher Weise eine Erkrankung der Wirbelgelenke leicht vor.

Aber auch die Polyarthritis rheumatica kann, wie R. v. Jacksch: Ein Fall polyarthritischer Erkrankung der Halswirbelsäule (Prager med. Woch. 1900, 4—8) an einem höchst instruktiven Fall gezeigt hat, sich in den Wirbelgelenken abspielen und zu einer theilweisen oder totalen Versteifung der Wirbelsäule führen. Von der Gonorrhoe darf man zweifellos ebensolche Erkrankungen erwarten, in Fällen von Raymond, Rendu, Marie, Beer, Kirchgaesser, Flesch war solche vorausgegangen; Syphilis endlich dürfte auch gelegentlich eine Rolle spielen.

So wird sich voraussichtlich die Bedeutung von Traumen für das Zustandekommen von ankylosirender Wirbelentzündung um so mehr einengen, je mehr man anamnestisch anderweitigen Schädlichkeiten nachgeht. Unfälle in weiterem Sinne, welche geeignet sind, rheumatische Erkrankungen herbeizuführen, wie Sturz in kaltes Wasser und dergleichen sind von Gewalteinwirkungen natürlich zu trennen.

Immerhin bleibt die Möglichkeit bestehen, dass in denjenigen Fällen von Wirbelankylose, in denen eine Ossifikation des Bandapparates am Rückgrat anzunehmen ist (Bender, Münchener mediz. Woch., 1901, 11.) oder bei der Obduktion gefunden wird (Glaser, Schlesinger, l. c., Milian, Société anat. de Paris, 1899, 3. 2.), das Trauma die Rolle des auslösenden Moments spielt, ähnlich wie wir dies bei der Myositis ossificans annehmen. Eine kongenitale Veranlagung zu exzessiver Knochenbildung wird von Bechterew schon und nach ihm von vielen Anderen angenommen.

Aus der überreichen Zahl von Publikationen über die vorliegende Frage ist zur Zeit ein Schluss noch nicht möglich, wie weit das Trauma eine primär-kausale Rolle spielt. Die bisherige Kasuistik ist deshalb nicht geeignet, Klarheit zu schaffen, weil sie weder genügende anatomische Beläge noch auch Fälle beibringt, welche vom Beginn der Krankheit bis zur vollen Ausbildung der Wirbelsäulenversteifung in der Beobachtung eines und desselben und zwar eines die Materie beherrschenden Arztes gestanden haben. Ich führe deshalb nur die beachtenswerthesten, bisher noch nicht berücksichtigten Arbeiten noch an. Es sind folgende:

Marie und Astié: La spondylose rhizomélique. Presse méd.. 1897.
Damsch: Ztschr. f. klin. Med., Bd. 38, 4—6.
Meyer: Münch. med. Woch., 1899, No. 46.
Senator: Berliner klin. Woch., 1899, Novbr.
Müller, L. R.: Münch. med. Woch., 1899, No. 41.
Kirchgaesser: ibidem.
Leri, A.: La spondylose rhizomélique. Rev. de Méd., 1899, Aug., Sept., Okt.
Heiligenthal: Dtsch. Ztschr. f. Nervenhlk., 1900, Bd. 16.
Hoffa: Volkmann's Sammlg. klin. Vorträge, N. T., No. 247.
Mitterer: D. Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 14, 1899.
Hoffmann: Dtsch. Ztschr. f. Nervenhlk., Bd. 15, 1899.
Borchard: Monatschr. f. Unfallhlk., 1901.
Brauer: Münch. med. Woch., No. 49, 1901.

Das Fazit aus der Summe dieser Arbeiten ist eigentlich Verwirrung; denn es werden weder ätiologisch noch anatomisch einheitliche Krankheitsbilder zusammengestellt, indem man sich nur von der Thatsache der partiellen oder totalen Wirbelsäulenversteifung leiten lässt. Die Autoren chirurgischer Observanz vermögen den neuro- und myopathischen Symptomen, denen die Neurologen besonderen Werth beilegen, nicht so viel Gewicht zuzuerkennen und diese wiederum vermissen in der Symptomatologie der ersteren vielfach die Beachtung solcher klinischer Erscheinungen. Ich glaube nicht, das man alle Fälle von Wirbelsäulenversteifung unter eine anatomische Einheit, etwa die der Arthritis deformans, wird unterbringen können. Vielleicht wird man weiter kommen, wenn man sich bemüht

1. eine durch Osteoarthritis deformans,
2. eine durch einen Ossifikationsprozess primär im Bandapparat und
3. eine myopathische Form der Wirbelsäulenversteifung

zu unterscheiden. Alle drei Formen müssen natürlich im letzten Stadium die Wirbelgelenke in Mitleidenschaft ziehen, ankylosirend wirken. Die Gruppe 1 hätte mehr einen degenerativen Prozess, die Gruppen 2 und 3 einen entzündlichen Prozess zur Voraussetzung. Es ist nun Sache des klinischen Beobachters, ätiologisch bedeutsame Momente auszuforschen und danach Untergruppen zu schaffen. Eine Spinalerkrankung, wie sie von Bechterew als ursächlich in Betracht zieht, dürfte schwerlich in Frage kommen. Doch soll nicht geleugnet werden, dass die Wirbelsäulen- und Bandveränderungen inner- und ausserhalb des Wirbelkanals gelegentlich Einfluss auf die Nervenfunktionen, besonders die radikulären, nehmen können. Eigentlich spinale Symptome sind indess wohl nicht denkbar. Es scheint, als ob die Neurologen die Veränderungen der statischen Verhältnisse für das Zustandekommen von Gehstörungen und von neurasthenisch-hysterischen Symptomen unterschätzen. Veränderungen der Reflexe, gewisse Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen erscheinen mir bei so verkrümmten und dauernd bei jeder Bewegung behinderten Patienten nicht verwunderlich.

Aetiologisch werden Schädlichkeiten, welche zu rheumatischen Krankheiten disponiren, Muskel- und akuter und chronischer Gelenkrheumatismus, Gonorrhoe, Syphilis, Altersveränderungen, gichtische Zustände, mehr Beachtung verdienen als das Trauma. Jedenfalls lehrt die Erfahrung, dass einmalige, schwere und schwerste Traumen bei nicht disponirten Menschen das Bild der totalen ankylosirenden Wirbelsäulenversteifung niemals hervorrufen. In der grossen Kasuistik finde ich keinen Fall, wo sie sich zu einer umschriebenen traumatischen Versteifung z. B. in Folge Kompressionsfraktur hinzugesellt hätte. Wie viele Patienten mit Wirbelfraktur habe ich selbst gesehen, ohne je eine Miterkrankung der fernab liegenden Wirbelgelenke, geschweige der Rumpfartikulationen selbst nach vielen Jahren zu beobachten. Dagegen mögen chronische Traumen, wenn ich so sagen soll, einer Bedeutung für die in Fluss kommende Ossifikation des Bandapparates, für entzündliche oder degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke, vielleicht auch für die Erkrankung der Rumpfmuskeln sehr wohl in Frage kommen. So kenne ich eine jetzt 52 Jahre alte Frau mit typischer totaler Wirbelversteifung und schwerer Vorwärtsneigung, die ihr Leiden über Jahrzehnte zurückdatirt und es darauf schiebt, dass sie zeitlebens im federlosen Wagen, halbgebückt unter dem Wagendach, in der Morgenfrühe zum Markt fahren muss, also eine Gewerbekrankheit, kein Unfall!

Chirurgie.

Erhaltung eines brauchbaren Armes trotz Zermalmung des Oberarms bis auf eine schmale Weichtheilbrücke und komplizirter Schulterverletzung.

(Aus der chir. Abth. des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau; Primärarzt: San.-Rath Riegner.)

Von Assistenzarzt Dr. C. Ossig.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 62, Heft 5 und 6.)

Die Verletzung kam dadurch zu Stande dass der Kranke, ein 6jähriger Junge, von einem Möbelwagen an die Wand gequetscht wurde. Die Vorder-, Aussen- und Hinterseite des Oberarms waren in ihrem oberen Drittel zerfleischt; der Knochen lag zersplittert in der Wundhöhle. Nur an der Innenseite bestand eine die Gefässe und Nerven enthaltende Haut-Muskelbrücke. Die zerfetzten Weichtheile starben allmählich ab. Der grosse Defekt wurde durch Bildung je eines gestielten Hautlappens aus der Brust und der Schulterblattgegend gedeckt. Der Knochenbruch war vorher, nachdem sich einige Splitter abgestossen hatten und die Vereinigung der Fragmente durch Aluminiumbronzenaht und Implantation eines frischen Knochenstückes aus der Tibia zu keinem Ergebniss führten, durch einfache Umwickelung der beiden Bruchenden mit Draht zur Konsolidation gebracht worden. Die Bewegungen mit dem Oberarm werden lediglich im Schulterblatt ausgeführt. Unterarm, Hand und Finger funktioniren gut und kraftvoll. Niehues-Berlin.

Eine Oberarmfraktur durch Muskelzug.

Von Dr. Milbrecht-Bernau.

(Berl. klin. Wochenschrift 1902, No. 7.)

Während die meisten durch Muskelzug hervorgerufenen Brüche des Oberarmknochens durch Wurf- und Schleuderbewegungen verursacht werden, entstand die von M. beobachtete Fraktur auf eigenthümliche Weise. Zwei gesunde Männer stellten in der Weise eine Kraftprobe an, dass sie an der Querseite eines Tisches Platz nahmen, die rechten Ellenbogen fest und dicht aneinander auf den Tisch setzten und die Hände dann so verschränkten, dass die Daumen sich verhakten. Bei dem Versuche, den aufrechtstehenden Unterarm des Gegners auf den Tisch hinabzudrücken, entstand bei einem der Bethei-

ligten unter knackendem Geräusch eine Oberarmfraktur handbreit über dem Ellenbogengelenk. Eine abnorme Brüchigkeit der Knochen war mit Sicherheit auszuschliessen. Die Heilung erfolgte unter üblicher Behandlung glatt.

Niehues-Berlin.

Ueber Sehnenluxationen.

Von Universitätsdozent Dr. Haberern-Budapest.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 62, Heft 3 und 4.)

H. beobachtete eine Luxation der Extensorensehne des linken Zeigefingers nach aussen, welche dadurch zu Stande gekommen war, dass bei einem Fall auf die in Promotion und Dorsalflexion befindliche Hand das Köpfchen des 2. Metakarpalknochens die Erde zuerst berührte. Nach 2 Monaten, nach welcher Zeit Verf. den Kranken sah, stand der Zeigefinger um 20° nach der Kleinfingerseite hin abduzirt. Die Deviation nahm bei Beugung, welche nur bis zu einem Winkel von 120° möglich war, zu. Die Extensorensehne verlief 1 cm von ihrer normalen Stelle entfernt zwischen den Köpfchen des 2. und 3. Mittelhandknochens.

Da eine konservative Behandlung nicht zum Ziele führte, ging H. operativ vor. Nach Anlegung eines lateral von dem normalen Sehnenverlauf gelegenen Hautschnittes bildete er aus den subkutanen und tiefer liegenden Zellgewebsschichten einen Kanal. In diesem wurde die Sehne von einem Retinakulum zurückgehalten, welches aus den Verstärkungsbändern der Kapsel des Metakarpophalangealgelenkes und fibrösen Bindegewebsschichten bestand. Die Heilung erfolgte in drei Wochen.

Verfasser stellt die in der Literatur enthaltenen spärlichen Angaben über Sehnen- (Biceps brachii, Peroneus, Tibialis posticus und anticus) Luxationen zusammen und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Sehnen, die sich überhaupt luxiren können, sind in 2 Hauptgruppen zu theilen.

1. Diejenigen, welche in ihrem Verlaufe plötzlich oder sehr wesentlich ihre Verlaufsrichtung ändern, und welche, während sie einen Knochenvorsprung umgehen, der ihnen als Stütze dient, in einem durch ein Ligament überbrückten Sulcus liegen (Sehne des Peroneus longus).

2. Leicht luxiren können sich wesentliche Bewegungen ausführende Muskeln, deren Sehnen über Knochenvorsprünge verlaufen (lange Bicepssehne).

3. Auch über Knochenvorsprünge verlaufende Sehnen können sich luxiren.

Die Diagnose einer Sehnenluxation ist in den meisten Fällen aus den sicht- und fühlbaren Symptomen leicht zu stellen (Peroneus longus, Tibialis posticus, Extensoren der Finger); in anderen ist die eigenthümliche Haltung des Körpertheils das einzige Symptom.

Die Therapie besteht in frischen Fällen in Reposition, Fixirung der Sehnen mittelst das Retinakulum substituirender Pflasterstreifen und fixirendem starken Verbande. In chronischen Fällen ist Sulcusvertiefung oder Bildung einer Knochenleiste oder Retinakulum-Ligamentum-Bildung resp. Herstellung angezeigt.

Niehues-Berlin.

Ein Fall von einseitigem, fast vollständigem Fehlen des Musculus cucullaris.

Aus der Univers.-Poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Leipzig. Dir. Prof. Th. Kölliker.

Von Dr. Otto Bender, Assistenzarzt.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 10.)

Bei einem 14jährigen Mädchen fand sich ein isolirter, fast völliger Schwund des linken Cucullaris mit symptomlosem Auftreten und völlig unaufgeklärter Entstehungsursache; linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule. Das Mädchen war fünf Jahre vor dieser Beobachtung wegen schlechter Haltung in der Klinik in Behandlung, ohne dass eine Atrophie des genannten Muskels bemerkbar gewesen war. Verf. fasst die Erkrankung als juvenile Form der Erbschen Dystrophia muscularis, doch mit der Einschränkung, dass — wenigstens bis zur Beobachtung — ein Fortschreiten des Prozesses über den Cucullaris hinaus nicht stattfand.

Seelhorst.

Innere Medizin.

Beiträge zur Frage der traumatischen Herzerkrankungen.

Von Ercklentz.

(Zeitschrift f. klinische Medizin 44. H. 5 u. 6, p. 413—440.)

Die Frage der traumatischen Herzerkrankungen erörtert Ercklentz an einer Reihe von Fällen aus dem Material der Breslauer medizinischen Klinik und aus der Literatur. Bei der auch seiner Meinung nach geringen und vermehrungsbedürftigen Ziffer glaubt er die praktisch seltene anatomische Kontrolle entbehren zu können, wofern nur eine einwandsfreie Feststellung des Trauma, die völlige Gesundheit des Betroffenen bis zum Unfall, das Auftreten von Herzsymptomen sogleich oder bald im Anschluss an den Unfall und schliesslich eine sichere oder höchst wahrscheinliche Kontinuität zwischen den späteren und unmittelbaren Folgezuständen gewährleistet ist. Auf dem Boden dieser Kriterien betrachtet er die Wirkung des Trauma auf den Herzmuskel, den Klappenapparat, das Endocard, die grossen Gefässe und den Herzbeutel. Ueberanstrengung kann durch maximale Steigerung der Schlagfolge und Erhöhung des Blutdrucks den Herzmuskel, auch wenn er gesund ist, vornehmlich am linken Ventrikel überdehnen und wird diese Ueberdehnung zu einer paroxysmalen — bei Rennfahrern, Wettläufern — oder dauernden werden lassen. Stumpfe Gewalt — Stoss gegen die Brust bei Sturz vom Rad, beim Ringkampf, Fall mit der Brust auf das Steinpflaster und dabei Streifung durch ein Wagenrad ist ohne äussere Verletzung im Stande gewesen, die rechte Kammer des zuvor gesunden Herzens zu zerreissen. Quetschung der Brust kann unter Beihülfe der plötzlichen Ueberanstrengung und der seelischen Erregung auf dem Boden kleinster Kontinuitätstrennungen bezw. Blutungen im Herzmuskel das Bild der traumatischen Myocarditis hervorbringen. E. schliesst diesen Abschnitt über Herzmuskelstörungen nach Trauma mit einem von Kast begutachteten Fall der akuten Herzschwäche bezw. Dehnung der Herzhöhlen, welche bei einem 31jährigen, an Verkalkung und Erweiterung der Aorta mit Verdickung und Schlussunfähigkeit ihrer Klappen leidenden Mann in unmittelbarem zeitlichen Anschluss an eine das Mass seiner gewöhnlichen Muskelleistung überschreitende Bewegung, also an eine jedenfalls relative Ueberanstrengung den Tod zur Folge hatte. Bezüglich des Klappenapparates hebt E. die häufige Zerreissung der Aortenklappen hervor: Sturz, Ueberfahrung, Druck auf die Brust können hier die Ursache sein oder aber das Anheben einer ziegelbeladenen 3 Centner schweren Karre, welches bei einem 23jährigen Arbeiter die Ruptur einer Aortenklappe für die Breslauer Klinik höchst wahrscheinlich machte. Stoss beim Bajonetfechten, Verschüttung haben Mitralzerreissungen zu Stande gebracht, deren letaler Effekt z. T. erst nach Jahren eintrat. Tricuspidalzerreissungen sind nicht sicher beobachtet. Nach einer kurzen Erwähnung des Mechanismus und der zugehörigen experimentellen Untersuchung der Klappenläsionen wendet sich E. der traumatischen Endocarditis zu, für welche

Theorie und Experiment nach seiner Ausführung noch keine einheitliche Anschauung gezeitigt haben. Dennoch ergiebt sich für E. der Schluss, dass Fürbringers und Fränkels Standpunkt, nicht Endocarditis im Sinne Littens, vielmehr unglückliche Heilung nach mechanischer Zerreissung und Quetschung des Klappenapparates und seiner Umgebung bringe Insufficienzen der Mitralis und Aorta sowie Stenosen zu Stande — anscheinend nicht mehr haltbar sei.

Für die akute traumatische Endocarditis citirt E. die Beotung Littens, bei welcher Quetschung und Hufschlag schliesslich eine Mitralinsufficienz zu Stande brachten, den Fall Leydens (Stoss gegen die Brust) und jenen Fall, bei dem ein Sturz gegen die Thürklinke „unter den Augen der Aerzte" eine Mitralinsufficienz entstehen liess.

Zu den bereits bekannten Beobachtungen, bei denen chronische Endocarditis die Folge von Bajonetstössen, Hufschlag, Sturz war, fügt E. drei eigene, nach denen ein 30jähriger durch Sturz gegen eine Mauerkante, ein 12jähriges Kind durch Quetschung und ein 17jähriger eine chronische bezw. subakute Endocarditis erwarben. Verf. erwähnt schliesslich die Risse der Aorta nach Traumen und die selbst verfolgte Entstehung eines Aneurysma im Anschluss an das Tragen einer 195 kg schweren Last Blei und schliesst mit der Beschreibung einer Pericarditis: eine Frau wurde von einem Lastwagen umgeworfen und erlitt eine Erschütterung, welche wahrscheinlich Tuberkelbazillen aus einem alten Lungenherd zur Ansiedlung auf dem durch das Trauma verletzten Pericard brachte. Ziegenhagen-Berlin.

Ohrenheilkunde.

Die Ohrkomplikationen bei einer schweren Typhusepidemie.

Von Dr. Suckstorff,
Assistent der Ohrenklinik in Rostock.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XLI. Bd., 1. Heft.)

Unter 90 Typhuspatienten, von denen 15 = 13,4 % starben, erkrankten 8 an einem komplizirenden Ohrenleiden trotz sorgfältig geübter Mundpflege. Das bedeutet 7,7 %, während frühere Statistiken in ihren Angaben zwischen 1,8 und 4 % schwanken.

In einem Falle handelte es sich um vorübergehende Schwerhörigkeit, mit Sausen verbunden, die am 10. Krankheitstage auftrat und ihren Sitz möglicher Weise im inneren Ohrabschnitte hatte. In den übrigen 7 Fällen lag eine ausgesprochene Otitis media vor. Die ersten Erscheinungen traten am 17., 18., 21., 24. (2 mal), 25. und 28. Tage der Typhuserkrankung auf. Zwei von der Erkrankten bekamen eine Mastoiditis; die eine davon war mit Extraduralabszess in der hinteren Schädelgrube und Zerstörung des Sinus sigmoideus komplizirt. Die Warzenfortsatzzellen werden gerade bei Typhusotitis häufig befallen. Die hier mit Mastoiditis erkrankten beiden Patienten waren stark somnolent; es konnte daher beim Fehlen jeglicher subjektiven Symptome eine Parazentese, die der Mastoiditis vielleicht vorgebeugt hätte, nicht rechtzeitig vorgenommen werden.

Es empfiehlt sich daher, somnolente Typhuskranke dann und wann auf ihren Ohrenzustand hin zu untersuchen.

Richard Müller.

Otitis media acuta, Kleinhirnabszess; Operation. Tod in Folge von Meningitis.

Von Dr. W. C. Philipps,
Ohrenarzt am Manhattan-Augen- und Ohren-Spital.
Uebersetzt von Dr. Th. Schröder-Rostock.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., 41. Bd., 1. Heft.)

Eine Influenza-Otitis führte zu den in der Ueberschrift genannten Komplikationen und zum Tode. Der Fall — für den Otiater vielleicht wegen der vorgenommenen therapeutischen Massnahmen von Interesse — lehrt den Arzt der allgemeinen Praxis von Neuem, dass eine Mittelohreiterung nach Influenza doch ernst genommen sein will, und dass es unendlich wichtig ist, solche Erkrankungen thunlichst frühzeitig in sachgemässe Behandlung zu nehmen. Richard Müller.

Schwindel.

Von Dr. Rudolf Panse,
Ohrenarzt und Oberarzt am Diakonissenhaus in Dresden-Neustadt.
Mit 8 Textabbildungen.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 41, 1. Heft.)

Schwindel, oder — wie Verf. für besser hält — Lageschwindel, ist ein Symptom, das dem ärztlichen Praktiker, besonders aber dem ärztlichen Sachverständigen, in der forensischen und Unfallpraxis recht häufig begegnet. Wer sich über die anatomischen und physiologischen Grundlagen dieser wichtigen Erscheinung, die in Störungen des Gesichtssinnes, des Gleichgewichtssinnes im Ohrlabyrinth oder des kinästhetischen Gefühls oder in Kombinationen von Störungen der genannten drei Sinne ihre Ursache haben kann, genauer unterrichten will, findet in der vorliegenden Arbeit, die alles bisher auf diesem Gebiete Gefundene fleissig zusammenstellt und eigene Erfahrungen und Forschungsergebnisse des Verfassers hinzufügt, vorzügliche Auskunft. Richard Müller.

Hygiene.

Wodurch unterscheiden sich die Gesundheitsverhältnisse in Grossstädten von denen auf dem Lande?

Von A. Noder.
(Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 34, S. 251.)

Der Verf. bespricht in einem ersten Theil die allgemeinen Gesundheitsfaktoren — Luft, Wasser, Licht, Boden —, um im zweiten Theil die besonderen Gesundheitsfaktoren, speziell Wohnung, Ernährung, Kleidung, Reinlichkeit und Hautpflege und die sozialen Verhältnisse zu erörtern. Ein dritter Abschnitt behandelt die Unterschiede der Morbidität und Mortalität zwischen Stadt und Land, hauptsächlich an der Hand der Arbeiten von Finkelnburg und Oldendorff und der Morbiditätsstatistik der Infektionskrankheiten, wie sie seit Jahrzehnten in Schwaben geübt wird.

Aus dieser letzteren Statistik ergiebt sich bezüglich der Verbreitung der Infektionskrankheiten, dass die Erkrankungsziffer der Grossstadt fast um das Doppelte höher ist als auf dem Lande. Nur bezüglich zweier Gruppen von Krankheiten war das Land höher belastet als die Stadt, nämlich in der Gruppe der septicopyämischen (Kindbettfieber, Pyämie) und der intestinalen (Dysenterie und Typhus) Krankheiten, während die Morbidität in der Stadt vor Allem durch die Kinderkrankheiten beeinflusst wird. Dies ist in Uebereinstimmung mit der Thatsache, dass die Trinkwasserverhältnisse auf dem Lande im Allgemeinen schlechter sind, als in den Städten, und dass die Antiseptik und Aseptik auf dem Lande grösseren Schwierigkeiten begegnet und weniger durchgeführt ist als in den Städten. Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Arbeit selber verwiesen werden, die, wenn sie auch nur kurze Hinweise auf die wichtigsten in Frage kommenden Faktoren geben konnte, doch in ihrer Gegenüberstellung zwischen Stadt und Land mancherlei Anregung und Belehrung bietet Roth (Potsdam).

Ueber die Beaufsichtigung der in unentgeltliche Aussenpflege gegebenen Kinder, mit besonderer Berücksichtigung eines in Temesvár angewandten neuen Systems.

Von A. Szana.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 34. S. 205.)

Durch das Gesetz vom Jahre 1898 wurde in Ungarn die

Erhaltung und Erziehung der „verlassenen Kinder“ zu einer staatlichen Aufgabe gemacht. Die zu diesem Gesetz ergangene ministerielle Anweisung gab dem Begriff „verlassen“ eine so liberale Deutung, dass die Sache der der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Kinder in Ungarn mit einem Schlage eine mustergiltige Erledigung fand und der Schutz und die Verpflegung von nicht weniger als 50 bis 60000 Kindern als Aufgabe des Staates erklärt wurde. Nach diesem Gesetz gelten auch Säuglinge, deren Mütter als Arbeiterinnen thätig sind und die deshalb das Kind nicht säugen können, als verlassen. Mutter und Kind werden während der ganzen Säugungszeit mit monatlichen Geldbeiträgen unterstützt, gekleidet und beaufsichtigt und erhalten unentgeltlich ärztliche Behandlung und Arznei.

Die Ausführung dieser in gesundheitlicher und nationaler Hinsicht ausserordentlich wichtigen Aufgabe hat die ungarische Regierung dem Landesverein vom Weissen Kreuz übertragen. Dem Verein steht ein musterhaftes Kinderasyl (Findelhaus) in Budapest und elf nach gleichen Grundsätzen eingerichtete Anstalten in der Provinz zur Verfügung. Diese Asyle sind bestimmt, die kranken, schwach entwickelten, besonderer Pflege und ärztlicher Behandlung bedürftigen Kinder aufzunehmen, während alle übrigen in Aussenpflege untergebracht werden. Der Staat zahlt dem Verein vom Weissen Kreuz für jedes Kind Verpflegungsgebühren. Die Kontrole über die in Aussenpflege gegebenen Kinder üben die vom Verein ernannten Kolonieärzte aus, die von besonderen Zentral-Kontrolärzten revidirt werden; ausserdem theilen sich in die Kontrole die Aufsichtsdamen des Vereins, deren jede über vier bis fünf Kinder mit der vormundschaftlichen Beaufsichtigung betraut wird.

Nach Besprechung der in anderen Ländern geübten Kontrolmassnahmen giebt der Verfasser, Chefarzt des Findelhauses in Temesvár, eine eingehende Darstellung des Temesvárer Systems, dessen wesentlichste Vorzüge in der Einrichtung von Stammblättern über die Gesundheits- und Gewichtsverhältnisse aller Kinder und in der regelmässigen und fortgesetzten ärztlichen Kontrole gelegen sind; namentlich ist es die regelmässige Feststellung der Gewichtsverhältnisse, die der Kontrole die Ungeeignetheit einer Pflegestelle anzeigt zu einer Zeit, wo noch Hilfe möglich ist. Roth-Potsdam.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Generalversammlung des deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke.

Unter Vorsitz des Staatsministers Grafen von Posadowsky fand am Montag, den 14. d. Mts. im Plenarsitzungssaal des Reichstages die Generalversammlung des deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke statt. Den Verhandlungen wohnte in ihrem ersten Theil auch die Protektorin des Zentralkomitees, Ihre Majestät die Kaiserin bei.

Nach Begrüssung Ihrer Majestät betonte der Vorsitzende in seiner Eröffnungsrede, dass bei der Bekämpfung der Lungentuberkulose vor Allem noch zwei Aufgaben ihrer Erledigung harrten, einmal die Errichtung von Zufluchtsstätten für unheilbare Lungenkranke und sodann die Schaffung von Anstalten für solche Kranke bezw. Genesene, die nicht mehr zu ihrem alten Beruf zurückkehren dürfen.

Der im Auftrag des Professor Brouardel aus Paris entsandte Dr. Versiron theilte mit, dass sich am 16. März d. J. unter Vorsitz des Präsidenten der Republik ein Syndikat zur Bekämpfung der Tuberkulose gebildet habe, das auch die deutschen Bestrebungen unterstützen wolle.

Dem Geschäftsbericht des Generalsekretärs entnehmen wir, dass zur Zeit im deutschen Reich 57 Volksheilstätten im Betrieb und 27 weitere im Bau begriffen sind. Für weibliche Lungenkranke allein bestehen nur 6 Anstalten. Einige Anstalten nehmen neben männlichen auch eine Anzahl weiblicher Kranken auf.

Den ersten Vortrag hielten Bürgermeister **Künzer** und Professor **Wernicke** aus Posen über „Ländliche Kolonieen für Heilstätten-Entlassene.“ Derartige Kolonieen, deren Errichtung der Arbeiterversicherung, den Gemeinden und Gemeindeverbänden und der Privatwohlthätigkeit obliegen würde, sollen zur Gewöhnung an Arbeit nach der Heilstättenbehandlung und zur Befestigung des Erfolges dienen und zugleich ein Hilfsmittel sein zur Ueberleitung in andere Berufsarten. Die Kolonieen sollen unter ärztlicher Leitung und thunlichst in direkter Beziehung zu Heilstätten stehen. Als Beschäftigung kommt in erster Linie diejenige in der Land-, Garten- und Forstwirthschaft und dazu gehörigen Nebenbetrieben in Frage, doch soll auch angestrebt werden, geeignete Arbeit in gewerblichen Betrieben mit dieser Thätigkeit zu verbinden. Art und Umfang der Arbeit muss für jeden Pflegling nach ärztlichem Ermessen bestimmt werden.

Die weiteren Vorschläge des Vortr., die Arbeit nach Stundenlohn zu bezahlen, mit diesen Kolonieen auch Pflegestätten für Kranke in vorgeschrittenem Stadium zu verbinden und ausserdem die Fürsorge für tuberkulöse Kinder in Aussicht zu nehmen, unterliegen erheblichen Bedenken, denen zum Theil auch aus der Versammlung Ausdruck gegeben wurde. Besondere Schwierigkeiten schliesst auch die Frage der Familienfürsorge in sich.

Im Anschluss hieran theilte Landesrath Liebrecht aus Hannover mit, dass die Landesversicherungsanstalt Hannover beschlossen habe, eine solche ländliche Kolonie für die Versicherten der Provinz Hannover einzurichten und zu diesem Zweck einen Bauerhof im Kreise Koltau auf 30 Jahre gepachtet habe.

Den zweiten Vortrag hielt Generalarzt Dr. **Schaper** über „das Pflegepersonal in Lungenheilstätten.“ Der Vortragende betonte, dass die Pflege in Lungenheilstätten, so weit möglich, weiblichen Kranken zu übertragen ist. Mit Rücksicht auf die Besonderheiten der Pflege in Heilstätten bedarf es einer speziellen Ausbildung des Pflegepersonals, der Schaffung eigentlicher Heilstättenschwestern. Diesem Bedürfniss ist in einzelnen Heilstätten, wie in Loslau O. S., bereits dadurch Rechnung getragen, dass seit Beginn des Vorjahres besondere Heilstättenschwestern ausgebildet sind, denen neben der Pflege im engern Sinne und der Sorge für Ordnung und Reinlichkeit die Anleitung zur Beschäftigung und zur Unterhaltung der Kranken wie auch die Mitwirkung bei der gesundheitsgemässen Erziehung der Kranken obliegt.

Zum Schluss sprach Geheimrath Professor Dr. **Rubner** über „die Bedeutung der Verhütung von Staub, Rauch und Gasentwicklung für die Tuberkulosebekämpfung“, indem er in erschöpfender Weise die mannigfachen Arten der Luftverunreinigung im Freien und in geschlossenen Räumen und ihre Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf der Lungertuberkulose erörterte.

Die rege Betheiligung an den Verhandlungen der diesjährigen Generalversammlung, namentlich auch aus ärztlichen Kreisen, giebt die Gewähr dafür, dass diesem auf der ganzen Linie aufgenommenen Kampf gegen die verheerendste aller Seuchen, in dem Deutschland beispielgebend vorangeht, der Erfolg nicht fehlen wird.

Zum Schluss sei noch auf den inhaltreichen Geschäfts-

bericht des verdienten Generalsekretärs des Zentralkomitees, Dr. Pannwitz hingewiesen, der eine eingehende Darstellung des Standes der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1902 bringt. E. R.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 13. Januar 1902.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Diskussion zu dem Vortrag des Herrn Salomonsohn:

Herr Kalischer glaubt nicht an eine rheumatische Affektion in dem vorgestellten Falle, sondern stellt die Diagnose auf basale syphilitische Meningitis, wofür der schubweise Verlauf, die diffuse Ausbreitung des Prozesses im Schädel, die nächtlichen Schmerzen u. a. sprächen und womit auch die Pupillenlichtstarre und das Fehlen der Kniereflexe vereinbar wären.

Herr Salomonsohn bleibt demgegenüber bei seiner Meinung.

Herr **Bloch:** Fall von infantiler Tabes.

17jähriger Knabe; Syphilis der Eltern ist sehr wahrscheinlich, da die Mutter verschiedene Aborte und Frühgeburten gehabt hat und 3 ausgetragene Kinder an Gehirnentzündung resp. Zahnkrämpfen früh zu Grunde gegangen sind. 8 Monatskind mit infantilem Habitus, erkrankte September vorigen Jahres mit Anfällen von Angst und Herzklopfen und mit unwillkürlicher Urinleerung, kalten Füssen, allgemeiner Schwäche. Es bestehen Blasenstörung, Pupillendifferenz und Starre, unsicherer Gang, leichte Ataxie der Beine, Hypaesthesie in der Gegend der Mammillen, an den unteren Extremitäten desgleichen, sowie Hypalgesie, Abblassung der temporalen Papillenhälften. Die Diagnose ist danach nicht zweifelhaft, zumal die Kniesehnenreflexe fehlen. Der Fall wäre einer der wenigen, in denen eine hereditäre Lues nicht sicher nachzuweisen sei.

Herr Salomonsohn fragt, ob das Gesichtsfeld geprüft wäre, und führt an, dass durch Kokaineinträuflung ins Auge die anscheinend erloschene Konvergenzreaktion wieder einzutreten pflege.

Herr Bloch erwidert, dass Kokain nicht eingeträufelt, der angegebene Befund aber in der Hirschbergschen Klinik bestätigt wurde. Das Gesichtsfeld war normal befunden worden.

Herr **Skoczyński** stellt einen 14jährigen dementen Knaben, welcher nicht mehr sprechen kann und völlig erblindet ist, vor. Er leidet häufig an epileptischen Anfällen, hat Spasmus der Beine, kann sich nicht bewegen, hat doppelseitige Optikusatrophie und lässt seine Bedürfnisse unter sich. Sein älterer Bruder hat an derselben Krankheit gelitten und ist in Wuhlgarten an Pneumonie zu Grunde gegangen, nachdem er gleichfalls im fünften Jahr erblindet war, Krämpfe gehabt hatte und marantisch geworden war. Die Sektion hatte Degeneration der Pyramidenstränge, Verdickung der Pia, Atrophie der Hirnwindungen ergeben. Aetiologisch kommt wahrscheinlich Lues des Vaters und starke hereditäre Belastung von mütterlicher Seite in Betracht. Wegen Sehnervenatrophie und Demenz könnte man an die familiäre amaurotische Idiotie von Sachs denken, die aber im Gegensatz zu den besprochenen Fällen schon vor dem zweiten Lebensjahr auftrete. Diese Fälle liessen sich vorläufig noch in keine der bisher bekannten Gruppen familiärer Erkrankung einreihen.

Herr Oppenheim fragt nach etwaigen Veränderungen an der Macula lutea und nach einer Aehnlichkeit mit den Fällen von Homén.

Herr Skoczyński erwidert, dass Veränderungen an der Lutea fehlten. Er gebe eine Aehnlichkeit mit den Homénschen Fällen zu; in diesen wurde eine Schmierkur mit Erfolg gebraucht, während in seinen Fällen der Erfolg völlig ausblieb. Die ersteren würden auch als sicher hereditär syphilitisch aufgefasst, wohingegen in seinen nur eine Wahrscheinlichkeit dafür vorliege.

Herr **Jolly:** Ueber Kopftetanus mit Facialislähmung

9jähriger Knabe war beim Spielen zu Boden gefallen und hatte sich eine Verletzung über dem linken Auge zugezogen, die genäht wurde und bald heilte. Der Junge besuchte nach acht Tagen wieder die Schule. Am zehnten Tage war das Gesicht nach rechts verzogen und einige Tage später stellte sich Kieferklemme ein. Dazu gesellten sich Anfälle von Athemnoth mit Oppressionsgefühl. Bei seiner Aufnahme in der Kgl. Charité bestand vollständige Lähmung des linken Facialis mit Lagophtalmus. Die rechte Gesichtshälfte und die Kinnmuskulatur links waren in Kontraktur begriffen. Eine solche fand sich auch in den Halsmuskeln, weniger in der Nackenmuskulatur, am stärksten in den Interkostal- und Bauchmuskeln, während die Glieder frei von Kontraktur waren. Es traten häufige tetanische Anfälle auf, in denen der Knabe heftiges Oppressionsgefühl hatte, schrie und wimmerte. Die Reflexerregbarkeit war dabei gesteigert. Meist traten aber die Anfälle ohne Reflex spontan auf. Fieber war nicht vorhanden. Obwohl es relativ spät war und ein milder Verlauf des Tetanus vorlag, wurde zur Serumtherapie geschritten. (Subkutane Einspritzung von 15 cbcm Behringschen Serums.) Ein wesentlicher Einfluss wurde davon nicht bemerkt. Nach einigen Tagen verminderten sich die Krampferscheinungen, es stellte sich aber hohes Fieber mit starken Athembeschwerden, Husten, leicht blutigem Schleimauswurf und vereinzelten Rasselgeräuschen in den Lungen ein. Nach 3 Tagen fiel das Fieber ab; in Folge Nachlassens des Trismus konnte die Ernährung besser von Statten gehen und sich das Körpergewicht heben. Die linksseitige Facialislähmung ging zurück. Die elektrische Untersuchung ergab keine Entartungsreaktion. Das bisher weit geöffnete linke Auge wurde mit einem Male sehr klein, so dass die linke Lidspalte enger als die rechte wurde. Gleichzeitig erschien Kontraktur in der linken Wange. Die Erde, auf welche der Knabe gefallen war, wurde bei Untersuchung als giftig befunden. Mit dem Projektionsapparat wurden eine Reihe von photographischen Aufnahmen des Knaben aus verschiedenen Phasen der Erkrankung vorgeführt. J. geht sodann auf Roses Verdienst, den Kopftetanus zuerst bekannt gemacht zu haben, ein und wendet sich zur theoretischen Erklärung der eigenthümlichen Kombination von Lähmung mit Krampf. Er stimmt der Annahme Roses nicht zu, dass es sich um eine peripherische Lähmung des Facialis durch Entzündung und Schwellung von der Wunde aus handle; einmal weil Entartungsreaktion fehlt und weil selten von einer Verletzung eine komplete Facialislähmung entsteht. Jolly hält vielmehr eine toxische Affektion für vorliegend. Die bei Thieren eintretende örtliche Kontraktur nach Injizirung von Tetanusgift ist J. geneigt, mit der lokalen Lähmung beim Menschen in Parallele zu stellen. Die lokale Kontraktur beim Thiere komme durch die lokale Vergiftung zu Stande, welche in der Nervenzelle ihren Sitz habe. Die anatomische Untersuchung habe keine nachweisbaren Veränderungen weder beim Menschen noch beim Thiere ergeben, was ebenfalls für Giftwirkung spreche. Die Parallele würde durch den Umstand noch gerechtfertigter, dass von Anfang an neben der Lähmung in dem vorgestellten Falle etwas Kontraktur bestanden habe und als Nachstadium nochmals Kontraktur aufgetreten sei. Vortragender ist der Ansicht, dass man es mit einer Kernlähmung des Facialis zu thun

habe. Es kämen auch Fälle von Kopftetanus mit Augenmuskellähmungen vor.

Herr Remak erörtert, dass solche Augenmuskellähmungen z. B. Ptosis durch Spasmus vorgetäuscht wurden. Gleichzeitige Kontrakturen neben der Facialislähmung wären schon früher beschrieben. Die letztere wäre entweder eine peripherische oder Kernlähmung und wahrscheinlich toxischer Natur.

Herr Schuster spricht über einen von ihm vor zwei Jahren in der Berliner medizinischen Gesellschaft vorgestellten Fall, welcher dem Jolly'schen Fall ähnelte, aber weit schwerer war, und in welchem auch eine Mischung von Kontraktur und Lähmung bestand. Die Verletzung hatte dieselbe Stelle über dem Auge betroffen. Der Tetanus war schon am nächsten Tag ausgebrochen. Facialislähmung und Kontraktur traten alsbald in die Erscheinung. Der elektrische Befund war ein normaler. Tonische Zwerchfellkrämpfe bedrohten zu wiederholten Malen das Leben des Patienten, welches durch Faradisation der Phrenici erhalten blieb. Nach Einspritzung von Serum in den Duralsack traten schlimmere Anfälle wie bisher unter Temperatursteigerung auf 39,8 Grad ein. Nun wurde eine Emulsion von Schweinegehirn in die Bauchhaut des Knaben gespritzt, da von dem normalen Nervengewebe eine Bindung des Tetanusgiftes erwartet wurde. Der Knabe genas danach, nicht dadurch, behielt aber auf der linken Seite neben der Facialislähmung eine Kontraktur zurück. Als Stütze für die Serumbehandlung könne der Fall nicht dienen.

Herr Jolly erwidert Herrn Remak, dass Fälle von Ptosis natürlich nicht für Augenmuskellähmungen genommen werden dürfen, dass aber in der Literatur glaubwürdige Fälle mit Augenmuskellähmung beschrieben wären. Der Facialis liege mehr exponirt als die Augenmuskelnerven, daher die verhältnissmässige Seltenheit der Affektion letzterer. Anatomischer und elektrischer Befund sprächen gegen eine peripherische Neuritis; um einen entzündlichen Prozess in den Nervenscheiden könne es sich nicht handeln, wohl aber um eine Vergiftung der Nerven.

Sitzung vom 10. März 1902.

Vor der Tagesordnung stellt Herr **Schuster** einen 59jährigen Patienten mit tonischem und klonischem Krampf des rechten Facialis und Betheiligung des Platysma, der Masseteren und Zungenmuskulatur vor. Der Krampf dauert wenige Minuten, tritt jetzt fast alle Stunden ohne äussere Ursache auf und ist nicht von einer Aura eingeleitet. Das Bewusstsein ist dabei erhalten. Ausserdem bestehen noch eine schwache Lähmung des rechten Facialis und Hypoglossus, sowie ein Weitersein der rechten Pupille. Elektrisch normaler Befund. Sprache stark nasal. Keine Allgemeinerscheinungen. Im Urin wenig Eiweiss. Diese Erscheinungen werden schon seit 11 Jahren mit unregelmässigen Zwischenräumen an dem Patienten bemerkt. Vor 3 Jahren war die Lähmung des Facialis der Zunge und Gaumenmuskulatur hochgradiger; der Kranke konnte weder artikuliren noch schlucken. Beim Affektlachen wurden Bewegungen im Facialis gesehen. Eiweiss trat auf und verschwand entsprechend dem Kommen und Gehen der Krampfanfälle. Wegen der erhaltenen Pupillenreaktion, der freien Psyche und des negativen Erfolges einer Brombehandlung schliesst Sch. hier eine abortive Form der genuinen Epilepsie aus, nimmt vielmehr einen organischen Prozess an, dessen Sitz er nicht in den Pons, sondern den Erscheinungen nach in den unteren Theil der vorderen und hinteren Zentralwindung verlegt. Er nimmt einen alten kleinen pialen oder kortikalen Entzündungsherd an, in welchen hinein unter dem Einfluss von Nephritis (?) kleine Hämorrhagieen erfolgten.

Herr Oppenheim ist derselben Ansicht wie Herr Schuster bezüglich der Lokalisation und betont die Seltenheit von ausgesprochen bulbären Symptomen bei einseitigen Hirnherden. Bei dem Umstande, dass Tumoren fast ohne Allgemeinerscheinungen vorkommen, stehen bleiben und sich selbst zurückbilden können, müsse man an eine Art Neubildung denken. Es kämen Cysten, Cysticerken oder Aneurysmen in Betracht.

Herr Schuster erwidert, dass in der Anamnese des Kranken kein Anhaltspunkt für Cysticerken und Aneurysmen gefunden werde. Bei Lageveränderungen und sonstigen Cirkulationsstörungen wurde niemals ein Anfall hervorgerufen. Er wolle nicht das Vorhandensein eines kleinen Tumors ablehnen, es sei aber auffallend, dass alle sensiblen Reizerscheinungen, Parästhesieen, wie man sie bei Tumoren erwarten sollte, fehlen.

Tagesordnung: Herr **Jolly**: Ueber traumatische Erkrankungen des Rückenmarks (Demonstration).

3 Fälle von Rückenmarksverletzungen in verschiedenen Höhen der Wirbelsäule. Der erste wurde vor $^3/_4$ Jahren von einem hinter ihm herfahrenden Wagen umgestossen und vom Pferd in den Nacken getroffen. Er verlor nicht das Bewusstsein, konnte aber sofort nicht mehr gehen und wurde in die chirurgische Klinik gebracht. Hier wurde eine schlaffe Lähmung der Beine und Fehlen der Kniereflexe, ferner ein Gibbus im Nacken festgestellt, welcher den ersten und zweiten Brustwirbel betraf. Nach Behandlung mit der Glisson'schen Schwebe und Schwinden der Reizsymptome wurde er in die Nervenklinik verlegt. Dort waren die Kniereflexe wieder auszulösen und erhöhten sich allmählich unter zunehmenden Spasmen der Beine. Letztere sind jetzt noch vorhanden, aktiv können Bewegungen gemacht werden, rechts besser als links. Fussklonus und Babinski'scher Sohlenreflex sind vorhanden. Die Hautreflexe sind lebhaft. Von Anfang an bestand eine sehr starke Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung beiderseits bis in die Gegend der 3. Rippe. Auch der Rumpf ist steif. An den Armen sind Motilität und Sensibilität intakt. Eine Differenz der Lidspalten könne eine zufällige sein. Wegen der Intaktheit der Arme könne das erste Dorsalsegment des Rückenmarks nicht wesentlich von der Quetschung betroffen sein, sondern erst das zweite. Damit stimme die Verlagerung des zweiten Brustwirbels überein, der wohl frakturirt wäre. Die Quetschung und Blutung müsse nur den vorderen Abschnitt des Rückenmarks betroffen haben, namentlich die Pyramidenbahnen, weshalb die spastische Parese eingetreten wäre. Die Sensibilitätsstörung sei in die Seitenstränge zu verlegen. Die Symptome hätten sich langsam, aber nicht erheblich gebessert, so dass der Kranke jetzt mit Unterstützung stehen und etwas gehen könne. Bei der Annahme einer Blutung im Dorsalmark wäre eine weitere Besserung, wenn auch schwerlich eine vollständige Wiederherstellung mit der Rückbildung der Blutung möglich.

Der zweite Fall betrifft eine Verletzung der untersten Partie der Wirbelsäule. Der Kranke, ein Zimmermann, stürzte vor $1^1/_2$ Jahren von einem Gerüst herunter und bekam sofort eine vollständige schlaffe Lähmung beider Beine. Er fiel aus einer Höhe von ca. 6 Metern auf die Füsse herunter, knickte ein, stürzte auf Gesäss und Kreuz und brach bei dem Versuch, sich mit der linken Hand zu stützen, den linken Vorderarm, woraus die Gewalt des Falles erhellt. Das Bewusstsein hatte er erhalten. In der chirurgischen Klinik bestand ausser der erwähnten Lähmung leichte Anästhesie an den Beinen bei erhaltenem Schmerzgefühl. Wegen Delirium tremens wurde der Kranke nach wenigen Tagen in die Nervenklinik gebracht, wo das Delirium alsbald nachliess und in dieser Zeit bei Lumbalpunktion blutige Spinalflüssigkeit entleert wurde. Es

musste sich also um eine Blutung in den Spinalraum gehandelt haben. Danach kehrte einige Beweglichkeit in den Beinen zurück, die aber bei einer neuen 14tägigen Attaque von Delirium mit Pneumonie wieder verschwand. Danach bestand völlige schlaffe Lähmung in den Beinen mit erhaltener Sensibilität. Inkontinenz von Urin und Stuhl, sowie eine hartnäckige Cystitis gingen allmählich zurück. Nach 3 Monaten begannen wieder Bewegungen in den Beinen. Elektrisch war Entartungsreaktion in sämmtlichen Muskeln beider Beine vorhanden. Die Patellarreflexe fehlen. Der Kranke zeigt beim Gang die Eigenthümlichkeiten der Peroneuslähmung. Die Beine sind schlaff, die Unterschenkel können jetzt noch geringe Funktionen ausüben, links ist die Affektion stärker als rechts. Starke Druckempfindlichkeit der Muskel- und Nervenstämme, wie bei der Polyneuritis alcoholica, war nach dem Delirium auf-, aber wieder zurückgetreten. Schwacher Gibbus in der Gegend des zweiten und dritten Lendenwirbels, jetzt ohne Schmerzhaftigkeit. Die Arme sind völlig frei, eben so das Sensorium. Die Affektion habe hier nicht mehr das Rückenmark, sondern die Cauda equina betroffen, durch Verschiebung der Wirbel, wobei ein Bluterguss in den Spinalraum eingetreten wäre. Die Alkoholintoxikation habe wohl die Disposition zu der neuritischen Erkrankung gesteigert; die durch das Trauma verletzten Nerven wären schon durch den Alkohol verändert gewesen. Aber zweifellos habe das Trauma die Wirbelverschiebung und Lähmung bewirkt. Jetzt sei eine fortschreitende Regeneration vorhanden; es könne schliesslich zur relativen Heilung kommen.

Von dem dritten, vor längerer Zeit zur Obduktion gekommenen Fall werden mittelst Projektionsapparat Rückenmarkspräparate demonstrirt. Es handelt sich um einen Maurer, der aus der Höhe von zwei Etagen auf den Rücken fiel, wobei er das Bewusstsein verlor und eine komplete schlaffe Lähmung beider Beine erhielt. Das Trauma erstreckte sich auf die Gegend des 5.—8. Dorsalwirbels und bewirkte eine vollständige Unterbrechung der motorischen und sensiblen Leitung. Die Kniereflexe fehlten, Blasen-, Mastdarmlähmung war vorhanden, die Sensibilität für alle Qualitäten bis zur 6. Rippe aufgehoben. Als er nach 3 Monaten in die Nervenklinik aus der chirurgischen verlegt wurde, war kein Gibbus an den Wirbeln zu bemerken. Die Patellarreflexe waren wiedergekehrt. 2 Jahre lang verhielt sich das Krankheitsbild ziemlich gleichmässig. Der Patient starb nach eingetretener Cystitis und Pyelitis unter urämischen Erscheinungen. Bei der Sektion wurde keine Wirbelverschiebung, nur eine auffallend dünne und fibrös veränderte Bandscheibe zwischen 6. und 7. Brustwirbel gefunden. Die Wirbelknochen waren unverändert. Aber das Rückenmark war in der dem 6. und 7. Dorsalwirbel entsprechenden Höhe völlig mit der Dura zu einem fibrösen Strang verwachsen. Auf Querschnitten erscheint hier die Dura kolossal verdickt, inmitten derselben waren noch Reste des gequetschten Rückenmarks, aber ohne Nervenfasern zu erkennen. Sekundäre Degenerationen erstreckten sich nach oben und unten hin. Die Lendengegend, wo die Kniereflexe zu Stande kommen, erwies sich intakt. Die Rückenmarksverletzung hatte das 7.—9 Dorsalsegment betroffen. Die bemerkenswerthe starke Zerstörung des Rückenmarks ohne Wirbelveränderung erklärt J. aus momentaner Verschiebung der letzteren, wobei das Mark durchquetscht wurde, und nachfolgender spontaner Reposition der Wirbel. Die Bandscheibenveränderung sei als Residuum dieser momentanen Distorsion zu betrachten. Das Erhaltensein der Patellarreflexe trotz völliger Durchtrennung des Rückenmarks spreche gegen die Bastian'sche Theorie. So lange nur die unteren Abschnitte des Rückenmarks normal erhalten wären, bestehen im Allgemeinen die Patellarreflexe fort oder kehren wieder, wenn sie Anfangs fort waren.

Herr Henneberg: Ueber Lues spinalis.

Fall I. Meningitis und Neuritis gummosa, sekundäre Hinterstrangdegeneration.

Der 37jährige Patient, welcher Lues negirte, erkrankte nach schwerem Kopftrauma durch Sturz und wies bei seiner Aufnahme 4 Monate später mangelhafte Pupillenreaktion, Neuritis optica, Parese des r. N. abducens, Herabsetzung der Hörfähigkeit links, unsicheren Gang, Steigerung der Kniereflexe und Demenz auf. Dazu gesellten sich häufiges Erbrechen, später völlige Blind- und Taubheit, Ungleichheit der Patellarreflexe und epileptiforme Anfälle, weiter Kontrakturen in den Extremitäten, Nackensteifigkeit, Schwinden der Kniereflexe, hochgradige Verblödung, Marasmus. Nach 3 Jahren trat der Tod ein. Die Sektion ergab schwielige basale Meningitis, Hydrocephalus, Ependymitis gran., Dura- und Piaverdickung, starke gummöse Infiltration der Arachnoidea und hinteren Dorsalwurzeln, welche schon makroskopisch enorm verdickt erschienen, und typische Gefässerkrankung. Auf die gefundenen Degenerationen im Rückenmark kann ich hier nicht eingehen, nur ist bemerkenswerth, dass die Hinterstrangsveränderung nicht etwa einer genuinen Tabes entspricht, sondern durch die aufsteigende Degeneration der gummösen und zerstörten hinteren Wurzeln bedingt wird.

Fall II. Meningomyelitis des Cervikalmarkes. Initiale genuine Tabes.

32jährige Frau, vor 7 Jahren syphilitisch infizirt, litt seit 4 Jahren an Reissen in den Beinen, Kribbeln und Taubheitsgefühl in den Händen, Nackenschmerzen, zunehmender Arm- und Beinparese, zuletzt kam Erbrechen. Bei der Aufnahme hatte sie ungleiche Pupillen, rechts aufgehobene, links schwache Lichtreaktion. Bewegungen der Wirbelsäule schmerzhaft, desgleichen Druck auf den Hals. Hochgradige Parese der Arme und Beine bei erhaltenen Reflexen, normalem elektrischem Befund, leichter Herabsetzung der Sensibilität. Wenige Tage nach der Aufnahme plötzlicher Tod. Die Sektion erwies Leptomeningitis chronica fibrosa an Konvexität und Basis des Gehirns, Meningomyelitis des oberen und mittleren Halsmarkes, im oberen Dorsal und Lumbalmark Degeneration im Hinterstranggebiet. Neben der Meningitis bestehe hier eine ihr koordinirte beginnende genuine Tabes; beide Affektionen wären als metasyphilitisch aufzufassen. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Wenn ein Arbeiter innerhalb der Betriebsstätte verunglückt aufgefunden wird und sich der Hergang der Verunglückung nicht genau ermitteln lässt, ist im Zweifel anzunehmen, dass ein Betriebsunfall vorliegt.

Rekurs-Entscheidung vom 4. Dezember 1901.

Am 2. März 1901 ist der Anschläger Wilhelm Sch. nach Beendigung der Nachtschicht im Fahrschacht ausgefahren und hierbei im Förderschacht hinabgestürzt und zu Tode gekommen. Der Sektionsvorstand nahm an, dass der Verunglückte, nachdem er einige Leitern im Fahrschacht emporgestiegen war, während der Bewegung auf eine im Treib-(Förder-)Schacht aufwärtsgehende Tonne getreten sei, oben im Schachte aber, um bei der Ausfahrt am Tage nicht entdeckt zu werden, von der Tonne wieder zur Weiterfahrt auf den Leitern habe abtreten wollen, wobei er in den Schacht gestürzt sei. Da Sch. sich durch diese verbotene Handlungsweise ausserhalb des Betriebes gesetzt habe, könne das Unglück nicht als ein Betriebsunfall angesehen werden; der Anspruch der Hinterbliebenen auf Gewährung der Unfallrenten wurde daher abgelehnt. Das Schiedsgericht ging davon aus,

dass Sch. während seiner Berufsthätigkeit aus einer nicht näher bestimmbaren Veranlassung seinen Tod gefunden habe und bewilligte die gesetzlichen Renten. Der gegen diese Entscheidung von der Berufsgenossenschaft eingelegte Rekurs wurde unter folgender Begründung zurückgewiesen:

Das Schiedsgericht, dessen sämmtliche Mitglieder mit den Betriebsverhältnissen in einem Bergwerk und dem bergmännischen Berufe vertraut sind, ist auf Grund der Beweisaufnahme zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Verunglückte aus unbekannter Ursache vom Fahrschacht in den Treibschacht gefallen und in diesem abgestürzt ist. Auf Grund dieser Feststellungen hat das Schiedsgericht den Hinterbliebenen des Getödteten die gesetzlichen Entschädigungsbeträge zuerkannt. Hiermit befindet sich das Schiedsgericht in Uebereinstimmung mit dem Reichs-Versicherungsamt, welches in ständiger Rechtsprechung an dem Grundsatz festgehalten hat, dass in Fällen, in welchen ein Arbeiter innerhalb der Betriebsstätte todt aufgefunden wird und sich die Ursache des Todes nicht genau ermitteln lässt, im Zweifel anzunehmen ist, dass sich der Unfall in dem Betriebe ereignet habe. Demgegenüber konnten die Ausführungen der Beklagten in der Rekursschrift, welche im Grunde genommen auf blossen Vermuthungen und Wahrscheinlichkeiten beruhen, dem R.-V.-A. keine ausreichende Handhabe bieten, dem Schiedsgericht entgegenzutreten. (Kompass.)

Tagesgeschichte.

Die erste Lesung des Gebührengesetz-Entwurfes.

Am 17. April verhandelte der Landtag in erster Lesung über den hier bereits auszugsweise wiedergegebenen Gesetzentwurf betr. die Gebühren der Medizinalbeamten.

Die Abgeordneten von Kessel und Brütt fanden, dass der Entwurf die Gemeinden zu sehr belaste, und nahmen Anstoss an der Festsetzung des Tarifs durch ministerielle Verfügung. Herr Brütt verlangte auch, dass im Gesetz genauer angegeben werde, welche Gebühren dem Staat, welche den Kommunalverbänden zur Last fallen.

Auf der anderen Seite wiesen die Kollegen Rügenberg und Martens, deren Anwesenheit im Landtag wir schon früher zu schätzen Gelegenheit hatten, darauf hin, dass die im Tarif festgelegten Gebührensätze grossentheils zu niedrig seien und hinter denen der Aerztetaxe zurückblieben. Auch der Abgeordnete Eckels schloss sich diesen Bedenken an, indem er beispielsweise die Gebühr von 6 Mark für ein wissenschaftlich begründetes Gutachten anführt.

Die Vorlage wurde der Budgetkommission überwiesen.

Fürsorge für Beamte, welche Betriebsunfälle erlitten haben.

Dem Preussischen Abgeordnetenhause ist ein Gesetzentwurf zugegangen, der dazu bestimmt ist, das am 18. Juni 1887 erlassene Gesetz über die Unfallfürsorge für die in versicherungspflichtigen Betrieben beschäftigten Staatsbeamten zu ergänzen.

Das Gesetz entsprach seiner Zeit dem Reichsgesetz von 1886, welches die Reichsbeamten betraf. Inzwischen ist die Reform der Unfallversicherungsgesetze, die mit dem Gewerbeunfallgesetz von 1900 ihren Anfang nahm, 1901 auch für die Reichsbeamten und Personen des Soldatenstandes durchgeführt worden, und jetzt soll dieselbe auch bei den Staatsbeamten zur Geltung gebracht werden. Dies bezweckt der vorgelegte Entwurf.

Die neue Heilgehilfen-Ordnung.

Wie schon gemeldet wurde, haben sich bei Vergleichung der in den einzelnen Regierungsbezirken geltenden Vorschriften für das niedere Heilpersonal so bedeutende Verschiedenheiten gezeigt, dass eine einheitliche Regelung für den ganzen preussischen Staat angezeigt erschien. Dieselbe ist jetzt durch Ministerialerlass vom 8. März d. J. erfolgt.

Die wesentlichen Punkte der neuen Heilgehilfenordnung sind folgende. Zur Führung der Bezeichnung: „Staatlich geprüfter Heilgehilfe und Masseur“ ist ein Befähigungszeugniss erforderlich, das von dem zuständigen Regierungspräsidenten ausgestellt wird.

Das Zeugniss wird männlichen und weiblichen Bewerbern nach Ablegung einer Prüfung vor dem zuständigen Kreisarzt ertheilt. Die Zulassung hierzu ist an folgende Bedingungen geknüpft: a) Bescheinigung der Ortspolizeibehörde über Unbescholtenheit und Wohnsitz des Bewerbers, b) Bescheinigung des Leiters eines Krankenhauses von mindestens 50 Betten über sechswöchentliche Ausbildung in Kranken- und Badepflege und Operationshilfe; an Stelle dieser Ausbildung können sechswöchentliche vom Regierungspräsidenten genehmigte Kurse treten. c) Bescheinigung über Theilnahme an einem sechswöchentlichen Massagekurs.

Die Prüfung erstreckt sich auf Kranken- und Badepflege, Operationshilfe, kleine Verrichtungen wie Schröpfen, Blutegelsetzen, Klystiergeben, Zahnziehen, Katheterisiren, Verbinden, hydropathische Massnahmen, Desinfektion, Massage, erste Hilfe bei Unglücksfällen und Wiederbelebungsversuche. Der Bewerber hat auch die erforderlichen Kenntnisse über den Bau des menschlichen Körpers nachzuweisen.

Für ehemalige Lazarethgehilfen verbleibt es bei den geltenden Ausnahmebestimmungen.

Die Heilgehilfen und Masseure stehen unter Aufsicht des Kreisarztes, der, wenn sie ihre Befugnisse überschreiten, Entziehung des Befähigungszeugnisses zu beantragen hat.

Insbesondere sind sie verpflichtet, auf Anordnung des Arztes und in strikter Befolgung seiner Weisungen die Verrichtungen, die ihnen zustehen (vergl. oben) vorzunehmen. Es ist ihnen untersagt, selbständig Kuren vorzunehmen oder anzupreisen, Arzneien oder (?) schmerzstillende narkotische Mittel abzugeben. selbständig anzuwenden oder anzupreisen, den Arzt zu kritisiren, auf die Wahl des Arztes Einfluss zu üben.

Sie haben über ihre Leistungen ein Tagebuch zu führen, haben ihre Geräthschaften und die den Hilfesuchenden zugänglichen Räume ihrer Wohnung stets sauber zu halten und sich auf Verlangen des Kreisarztes jederzeit einer Revision bezüglich genannter Gegenstände und Räume zu unterwerfen. Desinfektionsmittel haben sie vorschriftsmässig zu halten und vorsichtig aufzubewahren.

Eidliche Vernehmung von Zeugen auf Ersuchen von Berufsgenossenschaften.

Das Oberlandesgericht Breslau hat in einem strittigen Falle dem zuständigen Amtsgericht aufgegeben, dem Ersuchen der Berufsgenossenschaft in vollem Umfang, also auch hinsichtlich der Beeidigung, nachzukommen. Diese Nöthigung ergiebt sich aus § 144 des Gewerbe-Unfallversicherungs-Gesetzes, welcher seinen klaren Zweck verfehlen würde, wenn er sich nicht auch auf die Vereidigung erstreckte.

Hypnotische Kurpfuscherei.

Auf ministerielle Anordnung werden gegenwärtig durch die Polizeibehörden Erhebungen darüber angestellt, ob und in welchem Umfange und in welcher Weise bei der Behandlung von Kranken durch nicht approbirte Ausübende der Heilkunde die Hypnose zur Anwendung gebracht wird.

Die Hygiene in der Kirche.

Der Bischof von Fano (Norditalien) hat, dem Hyg. Volksblatt zufolge, unlängst an die Pfarrer seiner Diözese ein Rundschreiben erlassen, welches folgende Bestimmungen enthielt:

1. In allen Kirchen sollen nach den Feiertagen, an denen aussergewöhnliche Menschenansammlungen stattgefunden haben, die Steinplatten des Fussbodens mit Sägespänen gereinigt werden, die mit einer Sublimatlösung (1 : 100) getränkt sind.
2. Jede Woche mindestens einmal müssen die Kirchen- und Beichtstühle durch Schwämme und feuchte Tücher gesäubert werden.
3. Allwöchentlich muss das Gitterwerk der Beichtstühle mit Lauge gewaschen und dann polirt werden.
4. Die Weihkessel sollen jede Woche oder noch öfter geleert werden und dann mit kochender Lauge oder Sublimat ausgewaschen werden.
5. Die Nichtbefolgung dieser hygienischen Vorschriften wird mit Geldstrafe gesühnt.

Diese Fürsorge der Kirche auch für das leibliche Wohl ihrer Schutzbefohlenen verdient alle Anerkennung und sei der Nachahmung empfohlen.

Verbrennung der Pestleichen.

Im Auftrage einer grossen Zahl von Aerzten aus allen Theilen Deutschlands hat der bekannte Hygieniker Th. Weyl an den Deutschen Reichstag eine Petition gerichtet, „dahin zu wirken, dass die Verbrennung der Pestleichen in Deutschland überall gestattet werde.“

Ein das gleiche Ziel für Berlin und Brandenburg erstrebender Antrag der Aerztekammer an den Minister ist von diesem abgelehnt worden. (Vergl. unter Erlass vom 6. März 1902.)

Allgemeiner Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege.

Am 19., 20. und 21. Mai d. J. findet in Weimar die 3. Jahresversammlung des Allgemeinen Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege statt. Die Verhandlungen erstrecken sich über folgende Themata:

1. Schulhygiene und Schwindsuchtbekämpfung.
   Referenten: Herr Sanitätsrath Dr. Obertüschen-Wiesbaden, Ehrenmitglied; Herr Dr. med. Franz Wehmer, dirigirender Arzt der nassauischen Lungenheilstätte Naurod.
2. Was können die Volksschul-Seminare thun, um die künftigen Lehrer hygienisch auszubilden?
   Referent: Herr Seminardirektor Dr. Andreae-Kaiserslautern, Mitglied der bayerischen Kammer der Abgeordneten.
3. Ueber Beseitigung der beginnenden Skoliose, mit Demonstrationen.
   Referent: Herr Dr. med. Kreyss, Schularzt, Weimar.
4. Stellungnahme der Stadtverwaltungen zur Schulhygiene.
   Referent: Herr Bürger-Deputirter Dr. med. Arthur Hartmann-Berlin.
5. Die Pausen- und Ferienfrage im Schulbetriebe.
   Referent: Herr Geh. Medizinalrath Prof. Dr. A. Eulenburg-Berlin.
6. Die schulärztliche Thätigkeit in Städten und auf dem Lande.
   Referent: Herr Regierungs- und Medizinalrath Prof. Dr. Leubuscher, Medizinal-Referent im Herzoglichen Staatsministerium, Meiningen.
7. Zur Reform des Elementarunterrichtes, vom schulhygienischen Standpunkte aus beleuchtet.
   Referent: Herr Rektor Zimmermann-Frankfurt a. M.
8. Ueber Beseitigung des Stotterns bei Schulkindern mit Demonstrationen an stotternden Knaben.
   Referent: Herr Taubstummenlehrer Knöfler-Weimar.
9. Die modernen pädagogischen Strömungen, im Lichte der Schulgesundheitspflege betrachtet.
   Referent: Herr Rektor Endris-Rüdesheim a. Rh.

Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege

hält seine 27. Jahresversammlung in München vom 17. bis 20. September 1902 ab.

Die Tagesordnung ist folgendermassen festgesetzt: Mittwoch, den 17. September. I. Die hygienische Ueberwachung der Wasserläufe. Referenten: Geheimer Hofrath Professor Dr. A. Gärtner (Jena), Wasserbau-Inspektor Schümann (Berlin). II. Der Einfluss der Kurpfuscher auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung. Referent: Professor Dr. Moritz (München).

Donnerstag, den 18. September. III. Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in Bezug auf ihre Gesundheitsverhältnisse und die Sanirung der ländlichen Ortschaften. Referent: Reg.- und Geh. Med.-R. Dr. E. Roth (Potsdam). IV. Das Bäckergewerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Konsumenten. Referent: Professor Dr. R. Emmerich (München).

Freitag, den 19. September. V. Feuchte Wohnungen: Ursache, Einfluss auf die Gesundheit und Mittel zur Abhilfe. Referenten: Medizinalrath Dr. Abel (Berlin), Bauinspektor H. Olshausen (Hamburg).

Für die Theilnahme an der Versammlung gelten folgende Bestimmungen: Sie ist nur den Mitgliedern des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege gestattet. Nach § 2 der Satzungen ist zur Mitgliedschaft Jeder berechtigt, der Interesse an öffentlicher Gesundheitspflege hat und den Jahresbeitrag von 6 Mark zahlt. Anmeldungen zur Mitgliedschaft sind zu richten an den ständigen Sekretär des Vereins, Herrn Geh. Sanitätsrath Dr. A. Spiess in Frankfurt a. M.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 8. März 1902 betr. Vorschriften über die Prüfung und Beaufsichtigung der Heilgehilfen, Masseure, Krankenwärter etc.
Einheitliche Regelung des Masseur- etc.- Wesens für den ganzen preussischen Staat. Genaueres S. O.

—— vom 14. März 1902 betr. Gebühren der Kreisärzte für gerichtliche Leichenöffnungen.
Vollbesoldete Kreisärzte haben den über 9 Mk. hinausgehenden Betrag an die Staatskasse abzuliefern. Nichtvollbesoldete sollen bis zur gesetzlichen Regelung des Gebührenwesens berechtigt sein, in das Gebührenverzeichniss diejenige Summe von den erhobenen Tagegeldern aufzunehmen, die der nach dem Gesetz vom 9. März 1872 und der Verordnung vom 17. September 1876 ihnen zustehenden Gebühr entspricht.

—— vom 19. März 1902 betr. Leichenschaugebühren.
Leichenschaugebühren gehören nicht in die Gebührenverzeichnisse der Kreisärzte, da zur richterlichen Leichenschau beliebig auch nichtbeamtete Aerzte zugezogen werden können.

—— vom 11. März 1902 betr. Verfahren bei Verpackung und Kennzeichnung der Diphtherie-Heilserum-Fläschchen.
Einheitliche Regelung für alle diesbezüglichen Fabriken.

—— vom 24. März 1902 betr. Feilhalten und Verkauf von Tuberculinum Kochi.

Bekanntmachung vom 1. März 1902 betr. Einrichtung und Betrieb gewerblicher Anlagen zur Vulkanisirung von Gummiwaaren.

—— vom 5. März 1902 betr. Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien.

—— vom 5. März 1902 betr. Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Rohzuckerfabriken, Zuckerraffinerieen und Melasse-Entzuckerungsanstalten.
(Diese 3 Bekanntmachungen werden unter „Gewerbehygienische Rundschau“ genauer gewürdigt werden.)

Erlass vom 6. März 1902 betr. Vernichtung von Pestleichen durch Feuer.
Dem Antrag der Aerztekammer Berlin-Brandenburg auf Vernichtung etwaiger Pestleichen durch Feuer wird nicht entsprochen, da nach dem Urtheil der Hygieniker Pestbakterien im Innern der Leichen binnen wenigen Tagen zu Grunde gehen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung. 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. № 10. Ausgegeben am 15. Mai.

Inhalt:

Statistik.

Von
Dr. **Florschütz**-Gotha.

Non solum numerandae, sed etiam perpendendae sunt observationes.
Morgagni.

Die Statistik erfreut sich in der medizinischen Wissenschaft nicht des unbestrittenen Ansehens, das ihr gleich jedem anderen Hiltszweig der medizinischen Forschung ohne Einschränkung zusteht. Ja es finden sich Urtheile in der Literatur, die, wie z. B.: mit der Statistik lässt sich Alles beweisen — Statistics can be made to prove anything — la Statistique se rend, comme une fille publique, au premier venu — ihr nicht nur den wissenschaftlichen Charakter bestreiten, sondern sie auch zur feilen Dirne erniedrigen, die für Jeden und Alles zu haben ist. Und doch, so vernichtend diese Urtheile sind, am Wenigsten überraschen sie den Statistiker vom Fache selbst. Muss er doch tagtäglich mit ansehen, wie „Statistik" allerwärts „gemacht" wird, aber er verwahrt die Statistik dagegen, dass ihr in die Schuhe geschoben wird, was lediglich denen zur Last fällt, die sich ihrer, ohne auch nur ihre elementarsten Begriffe zu kennen, bedienen, um mit ihrer Hilfe sogenannte Wahrheiten abzuleiten, die sie bei der Unwissenschaftlichkeit der angewandten Methode niemals sein können und sich deshalb oft genug in das gerade Gegentheil verkehren lassen. Es würde um den Ruf der Statistik wahrlich gut bestellt sein, wenn diese „Statistiker" aus der Geschichte der Statistik nur das Beispiel kännten und beherzigten, das ihnen der französische Statistiker und Mediziner **Bouillaud** gegeben hat, der bei einer Arbeit ruhig die Feder mit den Worten niederlegte: „Je ne possède pas pour mon compte tous les éléments nécessaires" — und diese nothwendigen Unterlagen, wie Wenige von denen, die Statistiken je aufstellten, haben sie besessen, wie Wenige haben sich überhaupt darum gekümmert und kümmern sich noch heute darum.

Die Statistik zählt nicht zu den exakten Wissenschaften; sie kann sich mit dem Experiment selbst niemals messen. Die Sicherheit, mit der wir bei ihm den gleichen Vorbedingungen genau dieselben Resultate und mit unerlässlicher Nothwendigkeit stets folgen sehen, geht ihr ab. Ihre Vorbedingungen, die Grundursachen, mit denen sie zu rechnen hat, sind niemals gleich; sie sind eine Zusammenfassung der verschiedensten Faktoren, von denen jeder einzelne wieder in seiner Stärke unendlich variirt. Nach dem Ueberwiegen des einen oder des anderen Faktors muss sich aber auch die Folgewirkung ändern. Und doch kommen ihre endlichen Resultate denen des Experiments wieder so nahe, dass sie diesen fast gleichgesetzt werden können, wenn nur eine genügend grosse Anzahl von Fällen zusammengefasst und der Beobachtung unterworfen werden; denn dann tritt eine Kompensation unter den einzelnen Faktoren derart ein, dass alle die möglichen Veränderungen in enge Grenzen eingeschlossen werden, die sie nicht überschreiten. Der aber in diesen Grenzen festgelegte Werth

nähert sich dem wirklichen Werth der beobachteten Erscheinung so, dass er diesem gleich erachtet und in Rechnung gesetzt werden kann.

Den besten Beweis für die Sicherheit der statistischen Berechnung giebt das Blühen der Lebensversicherung; sie ist lediglich eine Tochter der Statistik, sie ist aber auch die Pflanzstätte geworden, in der die Statistik eine Pflege und einen Ausbau gefunden hat, wie sonst nirgends. Ein kurzes Eingehen auf die Art und Weise, wie sie statistisch arbeitet, lehrt auch am Besten, woran die meisten unserer medizinischen Statistiken kranken.

Das erste und absolut nothwendigste Erforderniss der Lebensversicherung ist eine zuverlässige Sterblichkeitstafel; denn nur, wenn sie vorher auf das Genaueste von der Sterblichkeitsgefahr unterrichtet ist, welche ihr in jedem Lebensalter ihrer Versicherten droht, kann sie das mit der Versicherung eines Antragsstellers übernommene Risiko durch ein Geldäquivalent, die berechnete Prämie, decken. Eine solche Sterblichkeitstafel herzustellen, ist theoretisch ein höchst einfaches Ding; man hat nur zu beobachten, wie viele in jedem Lebensalter von einer gewissen, möglichst grossen Anzahl Lebender, welche in dieses Alter eintreten, im Laufe desselben sterben. Ist dies geschehen und damit für jedes Alter der Sterblichkeitsquotient bestimmt, so ergiebt sich daraus von selbst die Sterblichkeitstafel — sie giebt an, wie viele von einer gewissen Anzahl Gleichaltriger in jedem folgenden Lebensjahr mit dem Tode abgehen, bis Alle gestorben sind, und aus ihr lässt sich dann für jedes beliebige Alter die fernere erwartungsmässige, durchschnittliche Lebensdauer ableiten und überhaupt jede Frage beantworten, welche sich auf die Lebenserwartung bezieht.

Aber das Rechenexempel ist nur scheinbar ein einfaches, denn wo findet sich eine grosse Bevölkerung in einem solchen Beharrungszustande, dass man diese Beobachtungen ungestört anstellen, wo der Beobachter, der durch die vielen Jahre hindurch die Lebensschicksale von so vielen Tausenden genau beobachten und verfolgen könnte. Die Todten freilich sind immer leicht zu zählen, aber die Zahl der Lebenden genau festzustellen, unter welchen die in diesem Lebensabschnitt vorgekommenen Todesfälle eingetreten sind, ist geradezu unmöglich. Wie viele Menschen im Ablauf eines Jahres sterben und wie alt jeder Gestorbene am Tage seines Todes war, das stellt heutigen Tags jedes Standesamt fest und haben von Alters her die Kirchenbücher festgestellt, aber nicht die Forderung des anderen Theils der Rechnung, nämlich die Zahl derjenigen, welche im betreffenden Altersjahr in dem Kreise der Beobachtung lebten, sowie die Zahl derjenigen, welche während dieses Jahres aus dem Kreise der Beobachtungen austraten und von aussen in diesen eingetreten sind. Und hier kann auch eine Volkszählung nichts nützen. Denn diese bestimmt nur für einen Tag die Zahl der lebenden Personen jedes Alters, nicht die Zahl aller der in das betreffende Altersjahr während des Beobachtungsjahres eintretenden Lebenden, während die Sterbefälle, die in Rechnung gestellt werden sollen, sich über das ganze Jahr erstrecken. Sollen daher solche Beobachtungen angestellt werden, so müssen sie, wenn sie brauchbar sein und zu einer zuverlässigen Sterblichkeitstafel führen sollen, an einem Material angestellt werden, das in seiner Zusammensetzung nach Lebenden und Todten für jedes Lebensalter durchaus bekannt ist. Ueber ein solches Material verfügen aber im Wesentlichen nur die Lebensversicherungsanstalten in ihrem Versicherungsbestande und dieses ist es denn auch, welches heute allein die Sterblichkeitstafeln liefert, mit denen die einzelnen Anstalten arbeiten und zu so hoher Blüthe gekommen sind.

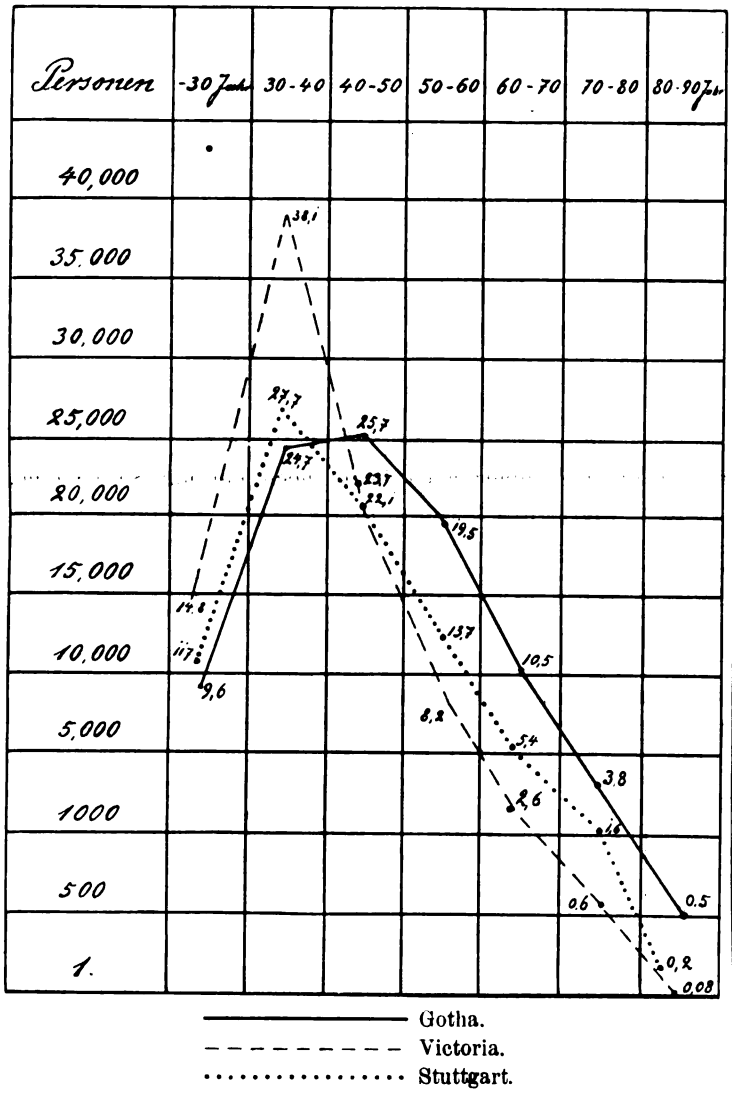
Doch sind diese Sterblichkeitstafeln erst die Errungenschaften der neueren Zeit, die Lebensversicherung aber besteht seit mehr denn 100 Jahren. Sie hat sich viele Jahre hindurch unter allen möglichen Kautelen mit minderwerthigen Tafeln behelfen müssen, deren bekannteste die von Halley gewesen ist und so konstruirt war, dass Halley zunächst die innerhalb 4 Jahre in einer Stadt (Breslau) vorgekommenen Sterbefälle zählte, ohne nach den einzelnen Lebensaltern die Zahl der Lebenden zu kennen, unter denen diese Sterbefälle vorgekommen waren. Er nahm dann einfach an, dass die Besetzung der einzelnen Altersklassen mit Lebenden eine der Zeit nach unveränderliche sei, und dass man daher die Zahl der Lebenden, welche die einzelnen Lebensjahre in dem fraglichen Beobachtungsbereiche passirten, der Summe aus den Sterbefällen für alle folgenden Altersstufen gleichsetzen könne. Natürlich existirt eine solche Konstanz in der Altersbesetzung niemals; schon die einfache Thatsache, dass die Geburten die Sterbefälle stets übertreffen und so ein rasches Wachsen der Bevölkerungsziffer statt hat, lehrt, dass die Zahl Derjenigen, welche innerhalb eines Kalenderjahres irgend ein bestimmtes Lebensalter erreichen, grösser sein muss, als die Gesammtsumme der Sterbefälle desselben Kalenderjahres aus allen höheren Altersstufen. Die Zahl der Lebenden, die Halley supponirte, musste daher stets eine viel zu niedrige, die von ihm gefundenen Sterblichkeitsprozente in Folge dessen zu hohe sein, seine Sterblichkeitstafel endlich ein viel zu rasches Absterben anzeigen. Und das waren denn auch die Erfahrungen, die die Lebensversicherungs-Gesellschaften in den früheren Jahrzehnten machten und sie nöthigten, sobald als irgend möglich mit dem Halley'schen System zu brechen und auf eigene Füsse zu kommen.

Nicht so die medizinische Statistik; sie hat trotz der offensichtlichen Mängel sich bis heute noch nicht von der Halley'schen Methode loszureissen gewusst und so operirt sie so gut wie immer auch heute noch nur mit Sterbefällen, kümmert sich aber noch weniger, als Halley, um die Zusammensetzung der Lebenden, auf die sich die Sterbefälle beziehen. Der von der Lebensversicherung immer und immer wieder gepredigte Satz, dass Sterblichkeitserfahrungen nur dann einen Werth haben, wenn für jedes einzelne Lebensalter der Personen, auf die sie bezogen werden sollen, das Sterbeverhältniss festgesetzt wird, ist fast ganz spurlos an ihr vorübergegangen und daher denn auch die schiefen Statistiken und Urtheile, die unsere Literatur immer wieder von Neuem zeitigt.

Wie falsch solche Statistiken in ihren Resultaten aber ohne Weiteres sein müssen, mag ein grobes, aber alltäglich zu beobachtendes Beispiel zeigen.

Die Lebensversicherungs-Gesellschaften Gotha, Victoria und Stuttgart kommen sich hinsichtlich der Personenzahl ihres Versicherungsbestandes sehr nahe. Gotha hatte im Geschäftsjahr 1900: 94 363, Victoria 88 663, Stuttgart 82 022 Versicherte. Wie der Geschäftsbericht für 1900 weiter angiebt, verlor davon durch Tod: Gotha 1848, Stuttgart 1150, Victoria 632 Personen. Würden nun diese Sterblichkeitszahlen — und bei den genannten Statistiken geschieht das immer — mit den nackten Zahlen des Versicherungsbestandes in Vergleich gesetzt und die so gefundenen Sterblichkeitsprozente als Massstab für den mehr oder weniger günstigen Verlauf der Sterblichkeit bei diesen Anstalten genommen, so würde das auf die ärztliche Auslese unter den Versicherten von Gotha ein sehr schlechtes Licht werfen. Aber nichts wäre verkehrter als das. Es hiesse das nichts Anderes, als bei diesem Rechenexempel das erste und grundlegende Naturgesetz der Sterblichkeit eliminiren, nämlich das Gesetz, dass die Wiederstandskraft des mensch-

lichen Lebens gegen die dasselbe zerstörenden Einflüsse nicht in allen Stadien seiner Dauer dieselbe ist, sondern in Abhängigkeit von dem Alter desselben steht, oder mit anderen Worten, dass die Gefahr zu sterben — abgesehen von den ersten 10—14 Jahren — mit dem fortschreitenden Alter zunimmt, zunächst langsam, aber von etwa dem 55. Lebensjahre an in rascher Progression bis zu der äussersten Lebensgrenze steigt. Daraus ergiebt sich aber, dass, wenn die Sterblichkeit nach den verschiedenen Lebensaltern verschieden ist, die Zusammenfassung der Todesfälle aus allen Altersklassen in direkter Abhängigkeit stehen muss von dem numerischen Verhältniss, in welchem die verschiedenen Altersstufen mit Personen besetzt sind. Das Sterblichkeitsverhältniss wird um so höher ausfallen, je stärker die Besetzung der Altersklassen mit höherer Sterblichkeit ist, es wird um so niedriger sein, je stärker die Altersklassen von geringerer Sterblichkeit besetzt sind, und wie die drei Anstalten der Altersbesetzung nach 1900 sich verhielten, zeigen diese Kurven:



Gotha musste nothwendiger Weise eine andere und höhere Sterblichkeit haben als Stuttgart, und diese wieder eine andere und höhere, als Victoria, weil eben die Sterblichkeitsziffer sich ändern muss, wenn die Frequenz der Altersklassen sich ändert; sie muss steigen, wenn die Altersklassen mit höherer Sterblichkeit stärker besetzt sind, sie muss mit schwächerer Besetzung dieser Klassen fallen.

Natürlich lässt sich diese Abhängigkeit der Sterblichkeit von den einzelnen Lebensaltern und ihrer Besetzung auch durch die Todesursachen ohne Weiteres erweisen, denn, wenn es sich so verhält, so muss Gotha nothgedrungen auch die meisten Todesfälle an den Krankheiten haben, die vorwiegend den höheren Altern eigen sind, z. B. an den Krankheiten der Zirkulationsorgane (Arteriosklerose) und Krebs. Und hier die Zahlen der Todesfälle, die an diesen Krankheiten für das Jahr 1900 die drei Gesellschaften aufweisen:

Krankheiten der Zirkulationsorgane: Victoria 74, Stuttgart 208, Gotha 510 Todesfälle.

Krebs: Victoria 80, Stuttgart 120, Gotha 228 Todesfälle.

Im Sinne der Carcinomzählung für das deutsche Reich freilich wären die letzteren Zahlen so zu interpretiren, dass der Versicherungsbestand von Gotha ganz mit Krebs durchseucht sei, während unter den Versicherten der Victoria sich eine auffallende Immunität geltend mache.

Aber deshalb ist es immer falsch, wenn die Todesfälle einer Lebensversicherung, eines Landes, in direkten Vergleich zu der nackten Zahl der Versicherten, der Einwohnerzahl, gesetzt werden.

Und das ist nur ein Beispiel; es liessen sich noch andere geben, denn die Sterblichkeit richtet sich nicht nur allein nach dem Alter, sie richtet sich auch nach den wirthschaftlichen Kreisen der Bevölkerung, den Berufen, dem Geschlecht u. a. und auch daraufhin muss der Versicherungsbestand noch untersucht werden, bevor ein abschliessendes Urtheil möglich wird, ob die eine Anstalt eine höhere Sterblichkeit hat als die andere, ob die Sterblichkeitsziffer einer Stadt, eines Landes, thatsächlich eine abnorm hohe ist oder nicht. Es erübrigt des Näheren, hier noch darauf einzugehen. Zweckmässiger erscheint es mir, eine nach den Berufen durchgearbeitete Statistik mitzutheilen, die neben ihrer Methode das Interessante bietet, dass sie unseren eigenen Beruf zu dem der Lehrer und der Geistlichen in Parallele stellt. Sie ist allerdings nicht neu, sondern lediglich ein Auszug aus den grösseren Monographieen, die Professor Dr. Karup und Dr. Gollmer (Gotha) über diese Berufe nach den Erfahrungen der Gothaer Bank in den Conrad'schen Jahrbüchern veröffentlicht haben. Doch sind diese mustergiltigen Arbeiten weiteren Kreisen nicht so bekannt geworden, als sie unbedingt verdienen.

Tabelle I.

Sterblichkeit ohne Unterscheidung der Versicherungsjahre nach den Grundbeobachtungen.

Alter	Sterblichkeitsprozentsätze für 1 Jahr					Zugehörige Sterbefälle				
	Allgemeine Bankerfahrung, Männer 1829 bis 1878	Aerzte 1829 bis 1885	Evangelische Geistliche 1829 bis 1886	Elementarlehrer 1829 bis 1890	Gymnasiallehrer 1829 bis 1890	Allgemeine Bankerfahrung, Männer 1829 bis 1878	Aerzte 1829 bis 1885	Evangelische Geistliche 1829 bis 1886	Elementarlehrer 1829 bis 1890	Gymnasiallehrer 1829 bis 1890
26—30	0,58	0,86	0,34	0,44	0,56	237	23	9	50	25
31—35	0,66	0,75	0,50	0,56	0,36	647	39	32	108	29
36—40	0,82	1,10	0,56	0,61	0,57	1153	74	57	144	56
41—45	1,01	1,21	0,72	0,87	0,77	1582	87	88	210	75
46—50	1,36	1,29	0,85	1,15	1,17	2008	86	104	249	100
51—55	1,89	2,39	1,42	1,51	1,46	2417	138	165	277	99
56—60	2,76	3,01	2,25	2,34	2,24	2761	136	239	346	120
61—65	4,11	4,37	3,39	3,76	3,48	2843	146	300	402	139
66—70	6,35	6,99	5,99	5,70	5,83	2672	144	376	383	155
71—75	9,19	9,75	8,73	8,82	8,52	1953	101	323	310	127
76—80	13,32	13,49	13,79	13,74	11,64	1104	57	225	201	78
81—85	19,60	13,39	21,46	19,27	20,31	459	15	97	85	36
86—90	29,13	38,71	30,61	25,74	28,57	104	6	15	13	6
					Summe:	19940	1052	2080	2778	1045

Zu den einzelnen Tabellen ist zu bemerken, dass in Tabelle I zunächst die Prozentsätze nach den Grundbeobachtun-

gen, also ohne jede Ausgleichung und ohne Rücksicht darauf, ob die Versicherten die Alter nach kürzerer oder längerer Versicherungsdauer zurückgelegt haben, für jeden der vier Berufe angegeben werden; zur Vergleichung wird der Prozentsatz für die Sterblichkeit der in den Jahren 1829—1878 bei der Gothaer Bank versichert gewesenen Männer mitgetheilt. Damit Jeder in der Lage ist, zu beurtheilen, ob die Höhe des Prozentsatzes wegen schwacher Besetzung der Altersklasse auf Zufälligkeit beruhen kann (wie z. B. der Prozentsatz 13,39 für die Aerzte von 81—85 Jahren), wird in Tabelle I auch die Zahl der Sterbefälle, aus denen der Prozentsatz berechnet ist, angeführt. Wegen dürftiger Besetzung einzelner Lebensjahre der Versicherten desselben Berufes sind die Versicherten in Gruppen von je 5 Jahren eingetheilt; die erste Gruppe umfasst die Versicherten, die zu Anfang des Jahres im Alter von 26—30 (genauer $25^1/_2$—$30^1/_2$) Jahren standen, die zweite die Versicherten im Lebensalter von 31—35 Jahren u. s. w. Der bei der einzelnen Gruppe angegebene Sterblichkeits-Prozentsatz kann mit genügender Annäherung auf das in der Mitte liegende Lebensjahr bezogen werden, der Satz für 26—30 also auf das 28. Lebensjahr, der für 31—35 auf das 33. Lebensjahr.

Da sämmtliche Versicherte bei ihrer Aufnahme von einem Arzt untersucht und gesund befunden sein müssen, ist ihre Sterblichkeit in den ersten Versicherungsjahren geringer als die allgemeine Sterblichkeit der gleichen Berufsklasse. Nach der Erfahrung der Gothaer Bank wird sie im Verhältniss zur Durchschnittssterblichkeit sämmtlicher Versicherungsjahre im 1. Versicherungsjahr um etwa 32 Prozent, im 2. und 3. um etwa 10 Prozent, im 4. und 5. um ein Geringes herabgedrückt. Vom 6. Versicherungsjahr ab macht sich ein Einfluss der ärztlichen Auswahl fast nicht mehr bemerkbar und so dürfen wir die Sterblichkeits-Prozentsätze, welche auf Grund der Erfahrungen nur des 6. und der späteren Versicherungsjahre berechnet sind, als ungefähre Sterblichkeitswahrscheinlichkeiten für die nicht versicherten Angehörigen eines Berufs betrachten.

In Tabelle II sind die nach Ausscheidung der ersten 5 Versicherungsjahre und mit Hilfe einer Ausgleichung erlangten Sterblichkeits Prozentsätze für je ein Jahr angegeben. Dort findet sich auch die mittlere Lebenserwartung für die Berufsgenossen des gleichen Alters, d. h. die Zahl von Jahren, welche sie im Durchschnitt noch zu durchleben haben.

In Tabelle III sind die Sterblichkeitsverhältnisse nach Todesursachen zusammengestellt. Als rechnungsmässige Zahl der Sterbefälle ist dort diejenige angegeben, welche nach der allgemeinen Bankerfahrung aus den Jahren 1829—1878 für Männer bei einer Gruppirung des gesammten Materials (der allgemeinen Bankerfahrung und der für die einzelnen Berufe gefundenen Ergebnisse) nach fünfjährigen Altersklassen zu erwarten war. In der Tabelle erscheinen jedoch nur die Gesammtzahlen, die sich bei einer Zusammenfassung der auf diese Weise festgestellten rechnungsmässigen und wirklichen Sterbefälle in zwei Hauptgruppen, vom 26. bis zum 60. und vom 61. bis zum 90. Lebensjahr, ergeben.

Tabelle II.

Sterblichkeit unter Ausschluss der ersten 5 Versicherungsjahre nach den ausgeglichenen Listen.

Alter	Sterblichkeitsprozentsätze für 1 Jahr: Aerzte	Evangelische Geistliche	Elementarlehrer	Gymnasiallehrer	Durchschnittliche fernere Lebensdauer: Aerzte	Evangelische Geistliche	Elementarlehrer	Gymnasiallehrer
26	0,70	0,49	0,51	0,71	35,62	40,17	39,26	39,52
30	0,76	0,51	0,55	0,64	32,60	36,94	36,05	36,56
35	1,06	0,55	0,63	0,58	28,90	32,85	32,03	32,61
40	1,27	0,63	0,74	0,64	25,50	28,74	28,03	28,50
45	1,38	0,77	0,95	0,96	22,07	24,65	24,09	24,51
50	1,68	1,06	1,31	1,31	18,55	20,62	20,29	20,75
55	2,62	1,71	1,87	1,75	15,27	16,83	16,69	17,15
60	3,73	2,71	2,83	2,62	12,39	13,41	13,35	13,73
65	5,49	4,30	4,41	4,15	9,85	10,35	10,38	10,67
70	7,79	7,02	7,08	6,72	7,70	7,80	7,85	8,07
75	10,62	10,66	10,96	10,66	5,82	5,66	5,87	6,05
80	16,14	16,99	16,17	14,86	4,04	3,90	4,33	4,45
85	26,42	27,64	23,07	23,25	2,66	2,56	3,15	3,06
	41,50	43,17	32,62	34,79	1,70	1,65	2,21	2,07

Tabelle III.

Rechnungsmässige und wirkliche Sterblichkeit nach Todesursachen.

Beruf	Alter 26—60: Rechnungsmässige (Zahl der Sterbefälle)	Wirkliche (Zahl der Sterbefälle)	Prozent	61—90: Rechnungsmässige (Zahl der Sterbefälle)	Wirkliche (Zahl der Sterbefälle)	Prozent	Sämmtliche Alter 26—90: Rechnungsmässige (Zahl der Sterbefälle)	Wirkliche (Zahl der Sterbefälle)	Prozent
	I. Sterblichkeit im Allgemeinen.								
Universitätslehrer (ohne Dozenten der Medizin	84,73	48	56,7	131,50	106	80,6	216,23	154	71,2
Gymnasiallehrer	651,25	504	77,4	600,09	541	90,2	1251,34	1045	83,5
Elementarlehrer	1672,25	1379	82,5	1484,56	1394	93,9	3156,81	2773	87,8
a) in Städten	399,58	302	75,8	343,46	323	94,0	743,04	626	84,3
b) auf dem Lande	1272,67	1076	84,5	1141,10	1071	93,9	2413,77	2147	88,9
Evangelische Geistliche	942,81	694	73,6	1421,76	1336	94,0	2364,57	2030	85,9
Katholische Geistliche	192,09	199	103,6	154,14	191	123,9	346,23	390	112,6
Aerzte	501,70	583	116,2	446,07	469	105,1	947,77	1052	111,0
Dozenten der Medizin	31,65	29	91,6	27,24	38	139,5	58,89	67	113,8
	II. Sterblichkeit im Besonderen. A. Infektionskrankheiten.								
Gymnasiallehrer	101,08	66	65,3	28,92	16	55,3	130,00	82	63,1
Elementarlehrer	255,35	205	80,3	73,10	52	71,1	328,45	257	78,2
a) in Städten	62,58	38	60,7	16,60	14	84,3	79,18	52	65,7
b) auf dem Lande	192,77	167	86,6	56,50	38	67,3	249,27	205	82,2
Evangelische Geistliche	133,57	117	87,6	67,47	72	106,7	201,04	189	94,0
Katholische Geistliche	28,47	26	91,3	7,92	9	113,6	36,39	35	96,2
Aerzte	75,43	119	157,8	22,25	24	107,9	97,68	143	146,4

Tabelle III. (Schluss.)

Beruf	Alter: 26–60 Rechnungsmässige (Zahl der Sterbefälle)	26–60 Wirkliche (Zahl der Sterbefälle)	26–60 Prozent	61–90 Rechnungsmässige (Zahl der Sterbefälle)	61–90 Wirkliche (Zahl der Sterbefälle)	61–90 Prozent	Sämmtliche Alter 26–90 Rechnungsmässige (Zahl der Sterbefälle)	Sämmtliche Alter 26–90 Wirkliche (Zahl der Sterbefälle)	Sämmtliche Alter 26–90 Prozent
B. Bösartige Neubildungen.									
Gymnasiallehrer	38,00	44	115,8	41,57	39	93,8	79,57	83	104,3
Elementarlehrer	99,40	115	115,7	104,70	112	107,0	204,10	227	111,2
a) in Städten	23,04	30	130,2	23,75	33	139,0	46,79	63	134,6
b) auf dem Lande	76,36	85	111,3	80,95	79	97,6	157,31	164	104,3
Evangelische Geistliche	60,71	41	67,5	97,27	91	93,6	157,98	132	83,6
Katholische Geistliche	?	?	?	?	?	?	23,26	32	137,6
Aerzte	30,38	31	102,0	31,68	48	150,7	62,24	79	126,9
C. Krankheiten des Zentralnervensystems ohne Gehirnschlag.									
Gymnasiallehrer	45,86	52	113,4	36,62	48	131,1	82,48	100	121,2
Elementarlehrer	117,60	69	58,7	91,56	78	85,2	209,16	147	70,3
a) in Städten	28,06	21	74,8	20,87	25	119,8	48,93	46	94,0
b) auf dem Lande	89,54	48	53,6	70,69	53	75,0	160,23	101	63,0
Evangelische Geistliche	66,67	36	54,0	85,97	77	89,6	152,64	113	74,0
Katholische Geistliche	13,56	7	51,6	10,65	12	112,7	24,21	19	78,5
Aerzte	35,41	36	101,7	27,81	24	86,3	63,22	60	94,9
D. Krankheiten der Athmungsorgane.									
Gymnasiallehrer	220,29	144	65,4	182,41	133	72,9	402,70	277	68,8
Elementarlehrer	560,65	551	98,3	449,93	457	101,6	1010,58	1008	99,7
a) in Städten	135,84	115	84,7	103,89	91	87,6	239,73	206	85,9
b) auf dem Lande	424,81	436	102,6	346,04	366	105,8	770,85	802	104,0
Evangelische Geistliche	303,45	186	61,3	432,39	321	74,2	735,84	507	68,9
Katholische Geistliche	63,35	57	90,0	47,10	42	89,2	110,45	99	89,6
Aerzte	166,78	172	103,1	135,25	92	68,0	302,03	264	87,4
E. Altersschwäche, Gehirnschlag, Herzkrankheiten, Nierenentzündung.									
Gymnasiallehrer	120,78	112	92,7	194,36	211	108,6	315,14	323	120,5
Elementarlehrer	316,53	213	67,3	478,01	451	94,3	794,54	664	83,6
a) in Städten	73,40	44	59,9	111,65	102	91,4	185,05	146	78,9
b) auf dem Lande	243,13	169	69,5	366,36	349	95,3	609,49	518	85,0
Evangelische Geistliche	193,56	177	91,4	463,82	597	128,7	657,38	774	117,7
Aerzte	96,55	153	158,5	142,13	229	161,1	238,68	382	160,1
F. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Gymnasiallehrer	60,87	42	69,0	61,44	42	68,3	122,31	84	68,7
Elementarlehrer	157,62	123	78,0	151,62	132	87,1	309,24	255	82,5
a) in Städten	37,16	34	91,5	34,96	28	80,1	72,12	62	86,0
b) auf dem Lande	120,46	89	73,9	116,66	104	89,1	237,12	193	81,4
Evangelische Geistliche	92,16	61	66,2	145,72	87	59,7	237,88	148	62,2
Aerzte	47,73	33	69,1	45,61	12	26,3	93,34	45	48,2
G. Verunglückung.									
Gymnasiallehrer	16,88	7	41,5	6,67	6	90,0	23,55	13	55,2
Elementarlehrer	42,67	23	53,9	16,92	21	124,0	59,59	44	73,8
a) in Städten	10,41	3	28,8	3,83	5	130,6	14,24	8	56,2
b) auf dem Lande	32,26	20	62,0	13,09	16	122,2	45,35	36	79,4
Evangelische Geistliche	22,56	6	26,6	15,50	6	38,7	38,06	12	31,5
Aerzte	12,67	10	78,9	5,17	6	116,2	17,84	16	89,7
H. Selbstmord.									
Gymnasiallehrer	19,94	12	60,2	4,24	1	23,6	24,18	13	53,8
Elementarlehrer	50,68	26	51,3	10,75	2	18,6	61,43	28	45,6
a) in Städten	12,28	7	57,0	2,43	1	41,2	14,71	8	54,4
b) auf dem Lande	38,40	19	49,5	8,32	1	12,0	46,72	20	42,8
Evangelische Geistliche	27,30	12	44,0	9,85	2	20,3	37,15	14	37,7
Aerzte	15,12	11	72,8	3,28	3	91,5	18,40	14	76,1

Auf die einzelnen Resultate und ihre versicherungstechnische Verwerthung komme ich bei einer späteren Gelegenheit zurück.

Neurasthenie hervorgerufen durch Einathmung von Xylol-Dämpfen.

Gutachten erstattet dem Königlichen Landgericht in C.

von

Dr. **Rosenblath,**

Direktor des Landkrankenhauses zu Cassel.

Der Aufforderung des Königlichen Landgerichts, mich gutachtlich über die Frage zu äussern, ob der Arbeiter G. in Folge seiner Betheiligung an einer gesundheitsschädlichen Fabrikationsmethode in der Fabrik von X. erkrankt und in der Folge gänzlich erwerbsunfähig geworden ist, komme ich in Folgendem nach.

Mein Gutachten gründet sich auf die Beobachtungen, die ich an G. machen konnte während seines Aufenthalts im hiesigen Krankenhause, auf eine zweimalige Untersuchung, zu der G. auf meine Aufforderung sich stellte und auf die Informationen, die ich aus dem Zeugenverhör und den Verhandlungen des Gerichts entnehmen konnte.

Darnach gestaltet sich die Vorgeschichte folgendermassen.

Der jetzt 35 jährige G. will aus gesunder Familie stammen, der Vater starb an Schlaganfall mit 63 Jahren, die Mutter im Wochenbett, 10 Geschwister leben und sind gesund. G. machte mit 8 Jahren eine Rippenfellentzündung durch, war aber später völlig gesund. In der Schulzeit bot seine Entwicklung nichts Auffallendes. Später wurde er Metzger und

war als solcher in einem grösseren Geschäft einer Grossstadt längere Zeit thätig. Auch in dieser Zeit hat er sich vollkommen gesund gefühlt und nie Abneigung gegen seine Beschäftigung gefühlt, obwohl er in diesem Geschäft Manches verrichten musste, was auch einen gesunden Menschen gemüthlich alteriren kann, z. B. das Führen grosser unruhiger Thiere. Nach 12 jähriger Thätigkeit gab er dieses Geschäft auf, nicht, weil er sich demselben nicht mehr gewachsen gefühlt hätte, sondern weil er heirathen wollte und verheirathete Gesellen als Metzger nur schwer Arbeit finden. Er trat dann in die Fabrik von H. und im Sommer 1890 in die von X. ein. Hier wurde er zunächst mit Arbeiten auf dem Lager, mit Montirungen und der Bedienung der elektrischen Beleuchtungsmaschine beschäftigt und fühlte sich dabei gesund.

Von 1896 an arbeitete er in dem Imprägnirraum der Fabrik. In diesem wurde damals eine neue Methode zur Gummirung von Geweben ausprobirt, Letztere wurden mit Gummi getränkt, das in Xylol mit Zusatz von Eukalyptusöl gelöst war und dann über eine heisse Platte geführt, sodass das Lösungsmittel verflüchtigt und somit das Gummi in dem Gewebe zurückgehalten wurde. Der Raum, in dem diese Arbeit verrichtet wurde, war geräumig (13 mal 5 Meter bei einer Höhe von 4 Metern), er hatte in der Wand einige Ventilationskanäle und im Uebrigen geschah die Lufterneuerung durch Oeffnen der Fenster, eventuell der Thüre. Der Tisch, über den das zu gummirende Gewebe geführt wurde, war 5 Meter lang und 0,70 Meter breit, seine Platte wurde auf einer Temperatur von 70° C. gehalten. In diesem Raume wurde nicht andauernd, sondern mit Unterbrechungen gearbeitet, hier und da einige Stunden, hier und da einen Tag lang.

Die Wirkung, welche G. von dem Aufenthalt und der Arbeit in demselben verspürte, war die folgende. Zunächst hatte er ein angenehmes Gefühl, das aber bald vorüberging und dem Gefühl von Eingeschlafensein der Hände und Füsse wich. Er fing an zu zittern, der Athem wurde ihm beklemmt, Angstgefühl trat auf und der Gang wurde unsicher wie der eines Trunkenen. Mehrfach hatte G. diese Arbeit schon verlassen müssen, um sich wieder zu erholen. Er sträubte sich auch gegen die Thätigkeit im Imprägnirraum und nahm sie nur immer wieder auf, um der Entlassung, die ihm im Falle der Weigerung drohte, zu entgehen. Einmal, im März 1897, überkamen ihn bei der Imprägnirarbeit wieder die geschilderten Symptome. Besonders erinnert er sich, Angst und Uebelkeit empfunden zu haben. Er rief aus: „Meine Herren, jetzt ist es aus“ und lief hinaus. Draussen sah er Alles wie durch einen Schleier, er wusste nicht recht, was er that und rief, wie ihm andere Arbeiter später erzählten, aus: „Leute, ich muss sterben“. Er wurde zum Sitzen gebracht und erholte sich nach etwa zwei Stunden so weit, dass er zu der Arbeit zurückkehren und dieselbe bis zum Abend verrichten konnte.

Nach diesem Vorfall wurde ihm wieder seine alte Beschäftigung im Lagerraum etc. zugewiesen. Aber nun machte sich eine Erfahrung in verstärktem Masse geltend, die er schon vorher hatte machen müssen.

Während nämlich die anderen Symptome, die der Aufenthalt im Imprägnirraum hervorbrachte, mit dem Verlassen desselben verschwanden, so stellte sich das ängstliche Gefühl welches ihn dort oft befallen hatte, allmählich auch bei anderen Arbeiten ein. Es kam bald bei jeder anderen Arbeit, die mit Unruhe oder einer gewissen Verantwortlichkeit verbunden waren. Die Angst kam, wenn er von verschiedenen Waaren beschäftigt war oder in der Nähe einer geräuschvoll gehenden Maschine, manchmal schon beim Zucken des elektrischen Lichtes. Später gesellte sich dazu auch Schwindel und Herzklopfen und das Gefühl von Hitze im Kopf. Er wurde matter, das Treppensteigen fiel ihm schwer, er wurde vergesslich bei der Arbeit und schlief schlecht. Dieser Zustand zwang ihn im Sommer 1897, sich krank zu melden. Er liess sich von dem Kassenarzt und einem andern Arzt behandeln, denen er besonders sein Herzklopfen und die Schlaflosigkeit klagte. Nach sieben Wochen versuchte er es wieder mit der Arbeit, aber es ging schlecht. Eines Morgens, im August 1897, bekam er bei der Arbeit einen heftigen Anfall. Er hatte zunächst das Gefühl von Eingeschlafenheit der Füsse, dann als ob er in einem Kübel mit kaltem Wasser stände, das Wasser langsam stiege und damit das Gefühl der Kälte sich von unten nach oben ausbreitete. Zugleich hatte er Hitzegefühl im Rumpf und Kopf, heftiges Herzklopfen und Angst. Er ging nach Hause, wo sich der Anfall noch zweimal wiederholt haben soll. Dann blieb eine grosse Mattigkeit zurück, sodass er 4 Wochen zu Bett liegen musste. Laute Geräusche kann er nicht vertragen, er vermeidet deshalb Strassen mit lebhaftem Verkehr. Beim Erheben seines Invalidengeldes auf der Post genirt ihn der Zudrang der Menschen, so dass er oft weggehen musste und seine Frau schicken. Wenn er im Dunkeln geht, so hat er das Gefühl, als ob Jemand hinter ihm ginge und das erweckt ihm Furcht; manchmal kommt dies Gefühl auch am hellen Tage. Wenn Jemand rasch auf ihn zukommt, ohne ihn anzureden, so erschrickt er. Enge Gassen kann er nicht mehr passiren, ohne Beklemmungsgefühl zu bekommen. Das bemerkte er zuerst, als er einmal zum Polizeibüreau ging, um Etwas beglaubigen zu lassen. Er kann keine Zeitung lesen, ohne Beklemmungsgefühl zu bekommen. Bei jeder Anstrengung fängt er an zu zittern. Er hat versucht, um seine Muskeln zu stärken, schwerere Gegenstände länger zu tragen, aber das Zittern wurde dann zu stark.

Alle diese geschilderten Empfindungen und Störungen bestehen bis auf den heutigen Tag. G. hält sich in Folge dessen für erwerbsunfähig und betrachtet das Leiden als Folge seiner Thätigkeit im Imprägnirraum.

Der Imprägnirraum ist schon als ein grosses Zimmer erwähnt worden, in dem über eine 5 m lange und 0,7 m breite, auf 70° C. geheizte Platte der in die Gummilösung getauchte Stoff geführt wurde, um die Lösungsmittel, hauptsächlich Xylol, zu verflüchtigen. Eine leistungsfähige Ventilationseinrichtung fehlte. Man musste sich auf das Oeffnen von Thüre und Fenster verlassen. Dass unter solchen Umständen die Luft reichlich die Dämpfe der flüchtigen Stoffe enthalten musste, ist selbstverständlich und wird durch das Zeugenverhör bestätigt. Der als Zeuge vernommene Arbeiter R. hat nur einige Stunden in dem Imprägnirraum zweimal gearbeitet. Das erste Mal war er, als er hinauskam, „total betrunken“, er bekam Erbrechen und konnte nicht mehr weiter arbeiten. Das zweite Mal merkte er, dass es ebenso wieder kommen würde und verliess daher die Arbeit. Der Zeuge B. sagte aus: Wir litten Alle unter den Dämpfen. Die Arbeiter mussten hier und da auf den Hof gehen, um frische Luft zu schöpfen. Er selbst bekam Beklemmungsgefühl und Brustschmerzen und hat sich deshalb einmal nasse Umschläge auf die Brust gelegt. Auch der Vorarbeiter giebt zu, dass die Dämpfe lästig waren. Den ausserhalb des Imprägnirraumes beschäftigten Arbeitern scheint es allgemein aufgefallen zu sein, dass Leute, die in jenem Raume arbeiteten, krank und besonders geistig alterirt wurden. Sie nannten diesen Raum die „Verrücktenbude“.

Die körperliche Untersuchung des G. ergab keine weitern wesentlichen Gesichtspunkte. G. ist ein kleiner Mann von 147 cm Länge und von 97 Pfd. Gewicht. Abgesehen von dieser geringen Körpergrösse trägt er keine Degenerationszeichen an sich. Der Schädel, das Gesicht, der Gaumen etc. ist wohlgebildet und symmetrisch. Die beiden seitlichen untern

Schneidezähne stehen hinter den mittleren, welch abnormes Verhalten jedoch auf eine in der Jugend erlittene Verletzung zurückgeführt wird. Der Knochenbau ist grazil, das Fettgewebe spärlich, die Muskulatur dagegen ganz gut entwickelt. Zittern besteht nicht, nur die Stimme bebt etwas. Die innern Organe, besonders das Herz, sind frei von erkennbaren Veränderungen, der Urin enthält keine fremden Bestandtheile. Auch im Gebiet des Nervensystems sind objektiv keine Störungen erkennbar.

Während des Krankenhausaufenthaltes fühlte Patient sich im Ganzen wohler als draussen. Nur hier und da klagte er über Schwindel, Herzklopfen und Kopfschmerz.

Gutachten.

Als feststehend kann angenommen werden, dass in dem Imprägnirraum der Firma X. Dämpfe von Eukalyptusöl und besonders von Xylol der Luft reichlich beigemischt waren. Diese Körper zu vergasen, war ja der Zweck der ganzen Manipulation, die in dem Raume vorgenommen wurde; ohne diese Vergasung konnte das Gummi nicht in feste Verbindung mit dem Gewebe gebracht werden. Dass bei einer starken Entwickelung von derartigen Dämpfen die sogenannte natürliche Ventilation nicht genügen kann, ist ohne Weiteres klar. Eine wirksame Ventilation hätte sich wohl kaum anders bewerkstelligen lassen als durch Anbringung eines Ventilationsschachtes über dem Arbeitstisch, dessen Luft durch einen Exhaustor abgesaugt worden wäre. Folge der mangelnden Ventilation war, dass Arbeiter in diesem Raume wiederholt Vergiftungserscheinungen zeigten, nämlich Uebelkeit, Beklemmungsgefühl und rauschähnliche Zustände.

Es fragt sich nun, ob die Einathmung der genannten Körper solche Erscheinungen hervorrufen kann. Ueber die Wirkung des Eukalyptusöls ist wenig bekannt, immerhin so viel, dass es unter die Nervengifte zählt. Es spielt im vorliegenden Falle wohl die geringere Rolle.

Die Wirkungen des Xylols auf den menschlichen Körper sind noch gar nicht studirt. Man kennt aber wenigstens in dem Benzol eine dem Xylol nahestehende Verbindung, die als giftig erkannt ist. Das Xylol ist aber ein Benzol, in dem zwei Wasserstoffatome durch Methyl ersetzt sind und es ist daher anzunehmen, dass das Xylol ähnlich dem Benzol, vielleicht nur schwächer als dieses wirken wird. Von dem Benzol nun steht fest, dass es ein Nervengift ist. Innerlich genommen hat es Schweregefühl im Kopf, schwankenden Gang, Benommenheit und selbst Delirien bewirkt. Die Herzthätigkeit wurde beschleunigt und selbst Reaktionslosigkeit der Pupillen ist beobachtet. Auch Einathmungen von Benzol haben Brausen und Schmerzen im Kopf, Schwindel und Delirien erregt, ja, es ist ein Todesfall durch diese Einathmungen herbeigeführt worden.

Unter diesen Umständen kann nicht wohl bezweifelt werden, dass die Zufälle, denen G. und andere Arbeiter in dem Imprägnirraum ausgesetzt waren, als Folgen akuter Xylolvergiftung zu deuten sind. Für die Symptome, die diese Leute dann darboten: Zittern, Beklemmungsgefühl, Angst, unsicherer Gang, Bewusstseinstrübung fehlt jede andere Erklärung.

Merkwürdig ist nun, dass G. nach dem Aufgeben der Thätigkeit im Imprägnirraum nicht genas, sondern dass er krank blieb. Man könnte daher annehmen, dass G. jetzt an einer chronischen Xylolvergiftung leide. Eine chronische Vergiftung kann ja sehr wohl zu einem Siechthum führen, das anhält, auch wenn das Gift auf den Geschädigten längst nicht mehr einwirkt. Leider fehlt es nun bislang ganz an Beobachtungen über chronische Benzol- oder Xylolvergiftungen. Für den vorliegenden Fall aber ist diese Lücke in unseren Kenntnissen wohl bedeutungslos, denn der Zustand, der jetzt bei G. besteht und der sich entwickelt hat zwar im Anschluss an jene Xyloleinathmungen, hat doch die volle Ausbildung erst erlangt zu einer Zeit, in der G. im Imprägnirraum nicht mehr arbeitete und präsentirt sich überhaupt als ein Krankheitsbild, das von einer chronischen Vergiftung im gewöhnlichen Sinne wohl zu unterscheiden ist.

Die Klagen des G. lassen sich alle unter einen Gesichtspunkt bringen. Schlaflosigkeit, Zustände von Angst, Schwindel, Herzklopfen, Zittern, Empfindlichkeit gegen starke Geräusche, diese Symptome bilden das Krankheitsbild der Neurasthenie, der reizbaren Schwäche des Nervensystems und dazu stimmt sehr wohl, dass G. besonders unter diesen Dingen litt, wenn er irgend eine verantwortliche Arbeit zu thun hatte, während er in der Ruhe sich nicht viel von einem gesunden Menschen unterscheidet. Nicht direkt der Neurasthenie zugehörig, aber doch sehr oft mit ihr vergesellschaftet sind die Zwangsgefühle, an denen G. leidet, das Beklemmungsgefühl, welches er beim Passiren enger Strassen empfindet, das Gefühl, als ob Jemand hinter ihm gehe u. s. w.

Die Neurasthenie ist ein Leiden, das in der grossen Mehrzahl der Fälle auf der Basis einer ererbten Disposition sich entwickelt, das aber auch erworben werden kann. Das Vorhandensein einer ererbten Disposition lässt sich bei G. nicht nachweisen. Von Nervenkrankheiten in seiner Familie will er nichts wissen. Er selbst, wenn auch auffallend klein, trägt schwerere Degenerationszeichen nicht an sich, er scheint sich normal entwickelt zu haben und ist, so weit zu erkennen, früher gesund gewesen. Andernfalls würde er wohl das Schlächtergewerbe nicht haben 12 Jahre lang ausüben können.

Wir werden die Krankheit also wohl als erworben auffassen müssen. Unter den Ursachen, welche bei Arbeitern Neurasthenie hervorbringen, stehen die Schädlichkeiten, die die gewerblichen Betriebe mit sich bringen, oben an. Nervenkrankheiten, welche durch Unfälle, durch Gewalteinwirkungen auf den Körper, durch psychische Erschütterungen hervorgerufen sind, kommen fortgesetzt zur Kenntniss der Aerzte und der Richter.

Weniger studirt sind aber die funktionellen Nervenkrankheiten, die durch Gifte erzeugt werden können. Nur von einigen, wie dem Alkohol und dem Blei, ist es länger bekannt, dass die chronische Vergiftung durch sie zugleich die Neurasthenie hervorrufen kann. Aehnliche Erfahrungen liegen über den besonders in der Kautschukfabrikation benutzten Schwefelkohlenstoff vor. Sicherlich sind unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete noch nicht abgeschlossen und es ist nur wahrscheinlich, dass alle Körper, welche als Nervengifte gelten müssen, unter Umständen auch die Neurasthenie provoziren können.

Für den vorliegenden Fall ist eine andere Deutung nicht möglich als die, dass G. durch öftere Einwirkung von Xyloldämpfen zum Neurastheniker geworden ist. Dafür spricht eben, dass er gesund war, bis seine Thätigkeit in dem Imprägnirraum begann, dass er wiederholt eine akute Xylolvergiftung durchgemacht hat und dass schliesslich Symptome, wie Beklemmungsgefühl, Angst und Zittern bei jeder verantwortlichen Beschäftigung auftraten, bei denen nun Xylol als direkter Erreger überhaupt nicht mehr in Frage kam. G. ist in Folge dieses Leidens zur Zeit noch vollkommen oder fast vollkommen erwerbsunfähig.

Zum Schluss sei noch die Frage kurz berührt, ob die Angaben des G. volle Glaubwürdigkeit verdienen. Diese Frage ist ja gewiss aufzuwerfen bei Patienten, die objektive Zeichen ihres Leidens entweder gar nicht bieten oder doch nur in

Situationen, die der Arzt nicht ohne Weiteres herbeiführen kann. Hier aber glaube ich an die Möglichkeit der Simulation nicht. Die Angaben des Patienten passen durchaus gut zu einander, sie setzen ein lebenswahres Krankheitsbild zusammen, das vorzutäuschen wohl einem Arzte, aber schwerlich einem einfachen Arbeiter gelingen könnte.

Ein in der Geschichte kaum dagewesener Fall von Strychnin-Vergiftung und Tod, nämlich eines katholischen Geistlichen am Altare.

Mitgetheilt vom
Medizinalrath Dr. Litterski.
Kreisarzt zu Grottkau.

Dass Geistliche in der Kirche, am Altar erschossen, erstochen, erschlagen etc. worden sind, darüber sind in der Geschichte, speziell der Kirchengeschichte, Beispiele bekannt. Dass aber ein katholischer Geistlicher am Altare bei der Darbringung des heiligen Messopfers mit den dazu nöthigen Opfer-Elementen: Wein und Wasser, vergiftet worden, dürfte wohl kaum in der Kirchen-Geschichte je vorgekommen sein.

Einen derartigen Fall habe ich in meinem früheren Wirkungskreise in der Provinz Posen in einem kleinen Städtchen F. vor sechs Jahren erlebt, obduzirt und begutachtet. Da derselbe als Unikum in der Geschichte, auch ein historisch-gerichtlich-medizinisches Interesse wohl haben dürfte, — oder ist in der gerichtlichen Medizin ein solcher Fall schon bekannt? — so gestatte ich mir, besseren Verständnisses wegen den Obduktions-Bericht, wie ich denselben damals mit dem zweiten Obduzenten, Herrn Dr. N., abgefasst und abgegeben habe, ohne Namensnennung der dabei in Frage kommenden Personen, folgen zu lassen.

Obduktions-Bericht.

I. Geschichtserzählung.

Der etwa 50 Jahre alte katholische Propst W. aus F., Reg.-Bez. B., ist laut Akten vorher, sowohl Tags zuvor, als auch am Morgen des 1. September 1895 munter und gesund gewesen, hat mit Leuten, dem Organisten etc. gesprochen etc. ist gegen $10^1/_2$ Uhr unter Mitnahme des zum Celebriren der heiligen Messe nöthigen Weins und Wassers in die Kirche gegangen, hat die Messe vorschriftsmässig celebrirt und ist nach dem Genuss der heiligen Kommunion, nachdem er die Messe beendet und die Predigt begonnen, etwa $^1/_2$ Stunde nach der Kommunion, auf der Kanzel plötzlich so krank geworden, dass er heruntergetragen und in den Beichtstuhl gesetzt werden musste. Er erklärte sofort, dass er vergiftet sei; erklärte dem Organisten gegenüber, dass das Abendmahl, der Wein, den er genossen, bitter geschmeckt habe und dass in den sog. Messkännchen etwas sein müsse. Der Organist hat die Messkännchen holen müssen und zeigte dem Propst die aus den Messkännchen auf einer Messerspitze herausgenommenen weislichen krystallinischen Partikelchen; worauf der Propst erklärte: „Das ist starkes Gift, haltet die Messkännchen fest, damit sie nicht verloren gehen. Der Propst soll gezittert haben und steif in den Beinen gewesen sein. Er verlangte Wasser und dann Milch, die ihm gebracht, die er aber allein nicht mehr trinken konnte und die ihm von dem Organisten eingeflösst worden ist. Darauf nach Hause getragen, ist er bald gegen $12^1/_2$ Uhr verstorben. Die angeblich vergifteten Messkännchen hat die Frau W. aus den Händen des Organisten entnommen, asservirt und dem Bürgermeister zu F. zur Aufbewahrung übergeben, der dann auch den benutzten Kelch verschlossen in Empfang genommen, sowie den vom Propste zu der heiligen Messe gebrauchten Wein, Wasser, sowie eine Flasche Wein, von der die Abfüllung erfolgt sein soll. Die Kirche bezw. Kapelle wurde geschlossen, und die Gerichtskommission hat nach der Sektion am 3. September 1895 die Kapelle, den Altar besichtigt, dort auf dem Altare kleine weissliche Partikelchen, anscheinend Krystalle gefunden, gesammelt und zur chemischen Untersuchung dem Herrn Richter übergeben. Dass der pp. W. mit der Gemeinde, dem Kirchenvorstande, dem Propsteipächter etc. nicht besonders auf friedlichem Fusse gelebt, Prozesse geführt, dürfte wohl für den medizinischen Sachverständigen irrelevant sein. Hervorzuheben wäre aber, dass der pp. W. aktenmässig bei Genuss von Speisen und Trank in der letzten Zeit sehr wählerisch, vorsichtig gewesen sein soll, weil er befürchtete, vergiftet zu werden. Deshalb habe er in der letzten Zeit den zu der heiligen Messe nöthigen Wein und das nöthige Wasser stets allein mitgenommen. — Dies wäre wohl so kurz und bündig der geschichtliche Thatbestand.

II. Obduktionsprotokoll.

Aus dem am 3. September 1895 abgefassten Obduktionsprotokoll ist anzuführen, dass der obduzirte Propst W. kräftig beanlagt war und an starker Fettleibigkeit gelitten hat (No. 6). — Die Todtenstarre war in allen Extremitäten gelöst (2). Der Verwesungsprozess war ziemlich weit vorgeschritten. — Blasenförmige Ablösung der Haut (3). — Starker Leichengeruch (4). — Die Lippen waren geschlossen, blau von Farbe; Zähne geschlossen (No. 8). — Da Verdacht auf Vergiftung vorlag, wurde dementsprechend die Sektion gemacht. — Der Magen (No. 28) bot ausser gasiger Auftreibung nichts Abnormes; der Mageninhalt war sauer, zeigte Fäulnissgeruch, war mit weisslichen Partikelchen vermengt (geronnene Milch); die Schleimhaut war unverletzt. Es wurde der Magen und Mageninhalt in ein besonderes Gefäss gelegt und zur chemischen Untersuchung aufbewahrt. Ebenso wurden Stücke von Leber, Milz, Nieren etc. sowie Blut und Urin vorschriftsmässig zur chemischen Untersuchung asservirt. Es war am Herzen (40) und an den Nieren mächtiges Fett vorhanden, und die Organe Leber, Milz, Nieren, Lungen waren dunkelroth von Farbe. Am Herzen war die grosse Schlagader (41) nicht schlussfähig; die halbmondförmigen Klappen weisslich verdickt. Sonst hat die Sektion ausser Fettleibigkeit, Fettherz, Herzerweiterung und beginnendem Herzklappenfehler nichts Abnormes ergeben, so dass auf eine bestimmte Todesursache, allerwenigsten eine gewaltsame, aus der Obduktion allein nicht geschlossen werden konnte. Es musste deshalb das Resultat der chemischen Untersuchung nicht nur der eingeschickten Leichentheile, sondern auch der andern beschlagnahmten Objekte abgewartet werden.

III. Resultat der chemischen Untersuchung.

Es sind zur chemischen Untersuchung eingeschickt:

I. Die vorgeschriebenen Leichentheile: 1. Magen und Mageninhalt. 2. Stücke von Leber, Milz, Nieren, Herz. 3. Blut. 4. Urin.

II. Andere beschlagnahmte Objekte und zwar:

No. 1. Ein Messkännchen mit Resten von Wein.

No. 2. Ein Messkännchen, in welchem sich das Wasser befunden.

No. 3. Der Kelch, der bei der heiligen Messe benutzt wurde.

No. 4. Eine Vierkant-Flasche mit Wein, bestimmt zur Füllung des Messkännchens mit Wein.

No. 5. Eine Vierkant-Flasche mit Wasser zur Füllung des Messkännchens mit Wasser.

No. 6. Eine literhaltige Flasche mit Weinrest, bestimmt zur Füllung der Flasche ad No. 4.

No. 7. Eine grosse Literflasche gefüllt mit Wein.

No. 8. Eine vom Herrn Apotheker K. bereits untersuchte und in eine Schachtel gelegte Masse (Wohl die von der Gerichtskommission auf der Altardecke gesammelten weisslichen Partikelchen, anscheinend Krystalle?).

No. 9. Ein Tuch, welches zur Reinigung des Kelches gedient haben soll (43 d. A.).

Das Resultat der chemischen Untersuchung (Seite 261 und 262) ist folgendes gewesen:

I. 1. Im Magen und Mageninhalt sind 0,007 Gr. Strychnin, und zwar als Strychnin. nitric. nachgewiesen worden.

2., 3., 4. In Leber, Milz, Nieren, Blut, Urin ist kein Strychnin gefunden worden.

II. Andere Objekte.

Objekt No.	1	hat	0,062 Gr.	Strychnin	quant.	ergeben
„	2	„	0,002 „	„	„	„
„	3	„	0,002 „	„	„	„
„	4	„	kein „	„	„	„
„	5	„	„ „	„	„	„
„	6	„	„ „	„	„	„
„	7	„	„ „	„	„	„
„	8	„	0,0006 „	„	„	„

(Von dem Herrn Apotheker K. bereits voruntersucht).

No. 9 hat 0,011 Gr. Strychnin ergeben.

Andere Gifte sind in den Leichentheilen nicht gefunden, auch nicht in den anderen Objekten. Es sei noch bemerkt, dass die Identität des aus dem Magen und Mageninhalt genommenen Stychnins durch physiologisches Thierexperiment, nämlich an einem Frosche festgestellt worden ist, und dass das Experiment die für Strychnin charakteristischen Tetanus-Krämpfe ergeben hat.

IV. Gutachten.

Aus den aktenmässigen geschichtlichen Thatsachen, dem Obduktionsprotokoll und dem chemischen Resultate der eingesandten Leichentheile und Objekte lässt sich nunmehr nicht ohne Schwierigkeit beweisen, dass der pp. Propst W. in Folge Strychninvergiftung verstorben ist. Zur Klarstellung über den Hergang bei der h. Messe, bei der die Vergiftung stattgefunden hat, gestatten wir uns Folgendes anzuführen:

Nachdem der katholische Geistliche bei der h. Messe bis zur Opferung (offertorium) gekommen, giesst derselbe aus den von den Messknaben an der rechten Ecke bezw. Seite des Altars hingestellten 2 Messkännchen, worin in dem einen Weisswein, in dem anderen reines Wasser enthalten, eigenhändig und selbst in den zum Altar mitgebrachten Kelch ein bestimmtes Quantum ab, verrichtet darauf die vorgeschriebenen Gebete bis zur Aufhebung (Elevation) und dann weiter bis zum Agnus Dei und zur Kommunion, wo derselbe unter beiden Gestalten des Brotes und Weines den wahren Leib und Blut Jesu Christi geniesst; darauf, unmittelbar nach dem Genusse, lässt er sich von dem einen Messknaben etwas Wein aus dem vorher schon benutzten Messkännchen mit Wein in den Kelch eingiessen und geniesst abermals, dann hält er den Daumen und Zeigefinger beider Hände über den Kelch und lässt sich darüber den Rest des Weines und Wassers in den Kelch giessen und geniesst zum letzten Male, reinigt den Kelch mit einem kleinen, dazu eigenen Tüchelchen (Purifikatorium) und damit sind die Haupthandlungen beendet, worauf dann nach weiteren kurzen Gebeten der Schluss der Messe erfolgt, was höchstens 10 Minuten bei gesungener Messe dauern mag. Der ganze Akt des Geniessens der genannten Opfer-Elemente ist vielleicht in einer Minute beendet, so dass die gesammte genossene Menge vom ärztlichen Standpunkte als eine Einzelgabe anzusehen ist. Diese Vorschrift muss jeder Geistliche einhalten und befolgen, wenn die heilige Handlung Giltigkeit haben soll, und dieselbe wird auch stets gehalten. Im gegebenen Falle hat der pp. W. ebenso gehandelt: hat zuerst zum Offertorium selbst Wein und Wasser in den Kelch eingegossen und hat dann zum Schluss der Kommunion so gehandelt, wie wir oben angeführt haben. Die besagten Messkännchen pflegen verschiedentlich gross zu sein, enthalten durchschnittlich wohl jedes etwa 45 Gramm, so dass der Geistliche im Ganzen etwa 45 Gramm Wein und 45 Gramm Wasser bei der h. Messe verbraucht. Nach Genuss dieser Flüssigkeiten, die dem pp. W. sofort sehr bitter geschmeckt haben sollen, hat er noch die Messe beendet und vielleicht noch 15—20 Minuten lang gepredigt, worauf er Zittern (wohl Krämpfe?) bekommen hat etc. Also ist ein Zeitraum von etwa $^1/_2$ Stunde vom Genuss der vergifteten Elemente bis zur Wirkung des Giftes verstrichen. Dieser Zeitraum entspricht im Durchschnitt dem Beginn der Strychnin-Wirkung zumal bei nüchternem Magen, da bekanntlich die katholischen Geistlichen bei nüchternem Magen die heilige Handlung, die Messe zu lesen, vornehmen müssen. Da der pp. W. darauf gezittert, krampfhaft sich an der Kanzel gehalten habe, da die Beine steif gewesen sein sollen, da er überhaupt allein nicht mehr die verlangte Milch trinken konnte, so ist daraus wohl zu schliessen, dass es sich bei dem pp. W. thatsächlich um sogenannte tetanische Krämpfe gehandelt hat, wie sie der Strychnin-Vergiftung eigen sind. Nach weiteren $^3/_4$—1 Stunde ist der pp. W. gestorben. Ein Beweis dafür, dass die Vergiftung stark gewesen ist, akut gewirkt hat und schnell verlaufen ist. Der pp. W. hat nun sofort, als er die Wirkung des Giftes verspürte, als er sich krank fühlte, erklärt: „Ich bin vergiftet, ich muss sterben, bringt mir die Messkännchen her, da muss etwas sein, haltet sie fest“, was auch geschehen ist, da die Frau W. dieselben vom Organisten in Empfang genommen und dem Bürgermeister eigenhändig übergeben hat.“ In allen unmittelbar bei der h. Messe gebrauchten Geräthschaften, die zum Trinken bestimmt waren (Kelch, Messkännchen, Tüchelchen) und den darin enthaltenen Flüssigkeiten (Wein, Wasser) ist Strychnin nachgewiesen. Es dürfte wohl unzweifelhaft sein, dass der pp. W., der die genannten Flüssigkeiten genossen, sich vergiften musste und auch thatsächlich vergiftet hat, wofür nicht nur die Krankheitserscheinungen, Krämpfe, der akute Verlauf und schliesslich der Tod sprechen, sondern auch der Umstand, dass im Magen und Mageninhalt 0,007 Gramm Strychnin quantitativ nachgewiesen worden sind. Die Obduktion hat allerdings keine bestimmte Anzeichen dafür ergeben, dass thatsächlich eine Vergiftung stattgefunden, aber sie hat auch das Gegentheil nicht ergeben. Sie hat schliesslich positiv das ergeben, dass in dem eingeschickten Magen und Mageninhalte Strychnin nicht nur qualitativ sondern auch quantitativ, chemisch gefunden worden ist. Bei allen akuten Vergiftungen mit sogen. Alkaloiden, wozu Strychnin gehört, ist der Sektionsbefund oft nur meist negativ und doch muss deshalb auf eine Vergiftung geschlossen werden, wenn das betreffende Gift in den eingesandten Leichentheilen chemisch nachgewiesen wird, zumal sogar quantitativ. — Wenn nun im konkreten Falle Strychnin nur im Magen und Mageninhalte gefunden worden ist und nicht in der Leber, Milz, Nieren etc., so ist daraus nur zu schliessen, dass die Vergiftung sehr schnell, akut verlaufen ist, wie es thatsächlich auch geschehen ist, dass das in leeren Magen eingeführte Gift sofort durch Reizung und dann durch Lähmung der Nerven tödtlich gewirkt, ohne dass es Zeit gehabt, in die Drüsenorgane überführt und dort abgelagert zu werden. Denn das Strychnin ist bekanntlich in erster Linie ein sehr starkes Nervengift, wirkt

auf das Zentralnervensystem, verursacht zuerst die charakteristischen Streckkrämpfe (Tetanus), zuerst Reizung und dann Lähmung und Tod. Es sind nun im Magen und Mageninhalt 0,007 gr Strychnin gefunden, eine Dosis, die sonst nicht letal wirken dürfte, denn nach der Pharm. germ. beträgt die Maximal-Einzeldosis 0,01, die Tagesdosis 0,02. Indessen muss man bedenken, dass die gesammte Menge des genossenen Strychnins durch die quantitative Bestimmung desselben im Magen und Mageninhalt nicht bestimmt dargestellt werden kann; ein Theil desselben ist bereits doch in die anderweitigen Organe, Säfte des Körpers zur Resorption gelangt, sonst hätten überhaupt nicht die Krankheitserscheinungen, Zittern, Steifigkeit der Beine eintreten können. Um die gesammte Menge des genossenen Strychnins zu bestimmen, hätte man den ganzen Körper in eine chemische Retorte bringen müssen etc., und dann muss man bedenken, dass der pp. W. das Gift bei nüchternem, leerem Magen genossen, wo bekanntlich stets alle Medikamente eher zur Resorption gelangen und heftiger wirken. Ferner muss erwogen werden, dass ein und dasselbe Gift in ein und derselben Dosis auf ein Individuum individuell verschieden wirkt. Schliesslich muss erwogen werden, dass entschieden mehr Gift als 0,007 gr gewesen sein musste, weil schon die Reste in No. 1 0,002 gr, No. 2 0,002, No. 3 0,002, No. 9 0,011 gr, zusammen 0,077 gr Strychnin ergeben haben. Selbst der mit dem Tüchelchen ausgewischte, gereinigte Kelch hat noch 0,002 gr und das Tüchelchen selbst 0,011 gr Strychnin ergeben. Das Strychnin, speziell das hier in Rede stehende salpetersaure Strychnin ist nämlich im kalten Wasser und Weingeist nur schwer löslich; im kalten Wasser 1 zu 90 und im Weingeist 1 zu 70; da der Geistliche, wie wir schon angeführt haben, etwa 80 bis 90 gr bei der h. Messe verbraucht, so konnte annähernd 1 gr Strychnin in beiden Flüssigkeiten in reiner Lösung enthalten, bezw. gelöst gewesen sein und es musste sich mindestens so viel gelöst haben, da das Strychnin in dem Messkännchen mit Wein sogar in krystallinischer Form sichtbar vorhanden gewesen. Ein Gramm Strychnin hat sich gelöst und was über das Lösungsvermögen hinausging, blieb in Krystallen liegen. Dass thatsächlich auch im Kelche das Strychnin in Krystallform gewesen, dürfte daraus hervorgehen, dass in dem Tüchelchen, womit der Kelch am Schlusse gereinigt wurde, 0,011 gr Strychnin gefunden worden ist; die Krystalle hatten sich am Boden, an den Wänden des Kelches festgesetzt gehabt und sind deshalb in grösserer Menge ausgewischt worden. Der Kelch wird stets möglichst bis zum letzten Tropfen geleert und dann erst ausgewischt. Nach all dem Angeführten zu urtheilen, dürfte wohl unzweifelhaft erwiesen sein, dass der pp. W. thatsächlich mehr Strychnin genossen, als im Magen und im Mageninhalte quantitativ gefunden worden, dass er die letale Dosis und darüber hinaus eingenommen hat. Die letale Dosis wird im Allgemeinen auf 0,2 gr geschätzt. Indessen ist es individuell verschieden; so sind z. B. Todesfälle bei Erwachsenen bekannt bei 0,015 bis 0,03 gr Strychnin; dagegen sind noch Genesungen vorgekommen nach Genuss von 0,25 bis 0,36 gr Strychnin (H. v. Ziemssen Handlung der spez. Pathologie und Therap., 15. Band. Intoxikationen 1876. Seite 459.)

Wenn W. nun, wie aktenmässig erwiesen ist, Strychninhaltige Flüssigkeiten getrunken und zwar in derartiger Stärke (mindestens 1 %) und Menge (etwa 80—90 Gramm), dass sie wohl tödtlich wirken konnte, wenn er unmittelbar darauf unter Erscheinungen erkrankte und verstorben ist, die Strychninvergiftungs-Symptomen entsprechen, wenn im Magen und Mageninhalte desselben Strychnin nachgewiesen worden ist, so ist unzweifelhaft der Beweis erbracht, dass Propst W. an Strychninvergiftung gestorben ist. Mit der festgestellten Todesursache des Propstes W. dürfte unsere Hauptaufgabe wohl erledigt sein.

Die näheren Umstände der Vergiftung und des Todes des W. scheinen aber derartig sonderbar zu sein, dass eine Beleuchtung derselben auch vom medizinischen Standpunkte aus für die Gesammtbeurtheilung des Falles von Bedeutung sein dürfte.

Erstens: Eigene oder fremde Schuld? Selbstmord oder Giftmord durch dritte Person? Diese Frage drängt sich zur Beantwortung, wenn man die Akten liest, da in den Akten auch behauptet wird, dass W. sich möglicher Weise selbst vergiftet haben konnte bezw. natürlichen Todes plötzlich gestorben sei. Unter Berücksichtigung des bis jetzt eruirten vorhandenen Aktenmaterials glauben wir die bestimmte Behauptung aufstellen zu können, dass Selbstmord, Selbstvergiftung auszuschliessen ist. Denn W. war schon während des Lebens in der letzten Zeit misstrauisch gegen Andere, befürchtete, vergiftet zu werden etc. Deshalb hat er allein die zur h. Messe nöthigen Opfer-Elemente Wein, Wasser mit sich geführt. In den mitgebrachten Flaschen und sonstigen beschlagnahmten Weinen bezw. Weinresten No. 4, No. 5, No. 6, No. 7 der eingesandten Objekte sind keine Gifte, kein Strychnin gefunden worden. Mithin hätte W., der munter und gesund zum Gottesdienst ausgegangen, wenn er sich bei der h. Messe hätte vergiften wollen, entweder unmittelbar vor der heiligen Handlung selbst oder während der Handlung das Gift in die Messkännchen, in den Kelch hineingethan haben müssen; die Messkännchen sind in der Kirche gewesen und hat dieselben vor der Messe nicht der Propst gefüllt, sondern die Messknaben bezw. der Organist, wie es auch sonst gebräuchlich ist. Während der Messhandlung selbst konnte der Propst nicht in die Messkännchen und Kelch das Gift hineingethan haben, ohne sofort auffallend bemerkt zu werden. Denn man muss bedenken, dass der katholische Geistliche mit einem weissen, den ganzen Körper deckenden Gewande zum Altar kommt, worin keine Taschen etc. sind. Wenn W. irgendwie das etwa vorher bei sich geführte versteckte Gift in die Gefässe, Flüssigkeiten hätte einthun wollen während der Messe, so hätte dieses Vorhaben, diese Handlung durch Manipulationen an den Kleidern, Aufheben derselben, Herausnehmen aus den Kleidungstaschen, aus dem Papier etc. entschieden nicht nur den Messknaben, sondern auch einzelnen Kirchenbesuchern aufgefallen sein müssen, wovon aber in den Akten keine Rede ist. Also in die Messkännchen konnte der Propst das Gift nicht hineingelegt haben, ohne bemerkt zu werden; er konnte es auch in den Kelch nicht hineingeschüttet haben, denn das Gift ist nicht allein im Kelche und Tuche nachgewiesen, sondern auch und hauptsächlich in dem Messkännchen. Es ist auch psychologisch kaum denkbar, dass ein Geistlicher, der sich vor Vergiftung fürchtet, der sonst körperlich und geistig bis dahin gesund gewesen, gerade den Zeitpunkt bei der h. Messe, bei der Andacht wählen sollte, um sich zu vergiften, und nicht in Ruhe, zu Hause, auf seinem Zimmer etc., wenn er sich überhaupt vergiften wollte. Auf Grund dieser Thatsachen und Erwägungen, ist wohl Selbstvergiftung mit Bestimmtheit auszuschliessen. Dass W. schliesslich natürlichen plötzlichen Todes gestorben sein sollte, dem widersprechen unsere bereits angeführte Ausführungen über die wirkliche Todesursache. Fettleibige, mit Herzaffektion behaftete Personen, wie W. gewesen, sterben oft plötzlich an Herz-Gehirnschlag, aber unter ganz anderen Erscheinungen, als W. thatsächlich gestorben ist.

Zweitens: Wie und wann ist das Gift in die Messkännchen etc. gelangt?

Die Messkännchen sollen aus der Kirche nicht herausge-

nommen worden sein und sollen auch sonst in der Kirche gereinigt worden sein, allerdings nicht am nämlichen Tage; sollen sogar umgestülpt auf dem Tablette-Tische gestanden haben. (Ob wirklich wahr?) Wenn lang vorbereitete Ueberlegung, teuflische Bosheit und Raffinement dazu überhaupt gehört haben müssen, um das Gift in die Kirche zu tragen, um es in die zu gebrauchenden Gefässe einzuschütten in der Absicht, den Propst zu vergiften, so ist diesem Raffinement auch zuzutrauen, dass die Messkännchen vielleicht vorher angefeuchtet, mit Strychnin bestreut und umgestülpt worden sind, um jeden Verdacht auf fremde Vergiftung abzulenken. Ferner ist es möglich, dass selbst wenn in trockenem Zustande Strychnin in die Messkännchen eingeschüttet worden ist, beim Umstülpen ein bestimmtes Quantum davon an den Wänden, am Boden haften geblieben sein mag, zumal die Messkännchen, wenn ich nicht irre, nicht gradwandig, sondern bäuchig gewesen sind. Also selbst in umgestülpten Messkännchen ist das Haften von Strychninkrystallen wohl möglich in Folge des physikalischen Gesetzes der Adhäsion. Dass etwa der Messjunge das Gift in die Messkännchen eingeschüttet haben sollte, ist wohl kaum anzunehmen. Eine Idee, die bei den vielfachen möglichen Eventualitäten sich Einem aufdrängt ohne jegliche positive Unterlage! — Bezüglich des Zeitpunktes lässt sich nur soviel sagen, dass die Gifteinstreuung vor der hl. Messe geschehen sein musste. Hat die Frau K., die die Reinigung der Kirche zu besorgen hatte, am nämlichen Tage den Altar abgestäubt, abgefegt, so wäre anzunehmen, dass die Giftverstreuung und Einschüttung nach der Zeit geschehen; hat sie am nämlichen Tag den Altar nicht genau abgestäubt, gereinigt, so kann das Gift auch schon vorher eingeschüttet worden sein. Denn die unter No. 8 gefundene Giftmenge rührt doch wohl her von den von der Gerichtskommission an dem Altar gesammelten Krystallen, die auf der Altardecke verstreut waren? Aus den Akten ist es nicht recht ersichtlich. Wäre der Altar gut abgefegt, abgestäubt gewesen, so hätte man wohl kaum die Krystalle darauf finden können.

Es wäre noch von Interesse, festzustellen, ob der Propst Tags zuvor, also am 31. August, die hl. Messe celebrirt hat oder nicht; denn hätte er nicht celebrirt, so hätte das Gift schon 1 bis 3 Tage vorher dort verstreut und eingeschüttet sein können. Auffallend gering erscheint die Menge des Giftes, welches in den gesammelten anscheinenden Krystallen gefunden worden. Möglicherweise ist die Menge desselben durch die erste Untersuchung von Seiten des Herrn Apothekers K. bereits bedeutend verringert worden. Die Manipulation des Verstreuens des Giftes auf der Altardecke konnte nur zu dem Zweck dienen, entweder um den Verdacht auf Selbstvergiftung zu lenken, oder ist der Unkenntniss und dem Suchen der Messkännchen zuzuschreiben, wobei etwas auf dem Altar absichtlich oder unabsichtlich verstreut worden ist, möglicherweise auch in der Annahme, dass der Geistliche durch Berührung der Altardecke Gift auf die Finger bekommen könnte.

Gestützt auf die vorstehenden Erörterungen lautet das von uns hiermit erstattete definitive Gutachten über die Ursache etc. des am 1. September 1895 plötzlich eingetretenen Todes des Propstes W. zu F. wie folgt:

1. Der Propst W. ist an akuter Strychnin-Vergiftung verstorben.

2. Nach unserer Ansicht liegt Selbstmord nicht vor, sondern Giftmord durch dritte Person.

Wir versichern die Richtigkeit dieses unseres Gutachtens auf unseren Sachverständigen-Eid.

Der Fall ist bis jetzt unentdeckt und ungesühnt geblieben.

Die Anmeldepflicht der praktischen Aerzte.

Von

Dr. Felix Heymann-Berlin.

Unter diesem Titel veröffentlicht die Redaktion der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" in No. 11 (vom 13. März 1902) eine Korrespondenz zwischen einem praktischen Arzt und einem Regierungsmedizinalrath, welche das im Titel bezeichnete Thema betrifft. Der betreffende Kollege, als Vertreter eines mit dem zuständigen Kreisarzt in gespanntem Verhältniss stehenden erkrankten Arztes thätig, erhielt ohne vorhergehende Aufforderung zur Meldung von der Polizeibehörde ein Strafmandat wegen Unterlassung der Anmeldung beim Kreisarzt mit der Androhung weiterer Strafmassregeln, wenn er sich nicht sofort schriftlich oder mündlich unter Vorzeigung des Approbationsscheines beim Kreisarzt melden würde. Unter Darlegung dieses Sachverhalts wandte sich der Kollege an den zuständigen Regierungsmedizinalrath mit der Frage, ob das Vorgehen des Kreisarztes gegen ihn der Kollegialität und Würde des ärztlichen Standes entspräche? Der Medizinalrath erörtert in einem Antwortschreiben die Kollegialität und den Zweck der Anmeldepflicht.

Die Kollegialität, meint er, legt sich jeder so zurecht, wie es seinen persönlichen Wünschen am besten entspricht; die jungen Kollegen pflegten sich im Gefühl der absoluten Freiheit des praktischen Arztes über die Anmeldepflicht hinwegzusetzen, während es doch dem kollegialen Empfinden weit mehr entspräche, wenn die jungen Aerzte sich dem älteren kreisärztlichen Kollegen auch ohne Polizeiverordnung vorstellen wollten. Ohne auf die selteneren Fälle einzugehen, in denen ein älterer, freipraktizirender Arzt sich bei dem jüngeren Kreisarzt anzumelden hat, ist dem Medizinalrath in diesen Ausführungen sicherlich beizustimmen, auch für den vorliegenden Fall, und zwar trotz oder auch gerade wegen des gespannten Verhältnisses zwischen dem Kreisarzt und dem erkrankten Arzte, der auch seinerseits gegen den Besuch seines Vertreters beim Kreisarzt jedenfalls nichts einzuwenden gehabt hätte. Wenn der auskunftertheilende Beamte dann aber weiter sagt, dass es angesichts der Erfahrung, dass private Briefe oder amtliche Aufforderungen seitens des Kreisarztes häufig formlose Briefe der betroffenen Kollegen zeitigten, weil diese die Aufforderungen der amtlichen Kollegen als „Aufspielerei" betrachten zu müssen glauben — dass es also angesichts solcher Erfahrungen den Kreisärzten nicht zu verdenken sei, wenn sie ihre Mittheilungen unmittelbar an die Polizeibehörde gelangen lassen, so können wir dem nicht beistimmen. Der Regierungsmedizinalrath sagt nicht, dass der im vorliegenden Fall in Betracht kommende Kreisarzt solche Erfahrungen gemacht hat, ein Punkt, der für die Beurtheilung seines Verhaltens nicht ganz unwesentlich ist. Wir können daher auch nur allgemein über die Frage sprechen. Es ist ja begreiflich, dass ein Kreisarzt, der mit seiner guten Absicht der Aufforderung zur Anmeldung einmal oder gar wiederholt Undank erntet, sich vornimmt, von nun an in jedem Fall sofort die Unterlassung der Anmeldung der Polizeibehörde anzuzeigen. Aber die Vornahme wird nicht in die Wirklichkeit umgesetzt werden. Denn was können die folgenden Kollegen für die Unart des einen? Das wird sich doch der Kreisarzt sagen müssen, wenn er nach der üblen Erfahrung in einem einzelnen Falle zu ruhiger Ueberlegung gelangt ist. Und so wird er — unseres Erachtens hat er, wenn anders er kollegiale Rücksichten überhaupt gelten lassen will, sogar die Pflicht — jeden behufs Ausübung ärztlicher Praxis sich niederlassenden Kollegen privatim oder amtlich aufzufordern,

sich darüber auszuweisen, dass er Inhaber der Approbation nach § 29 der Gew.-O. ist. Antwortet der Aufgeforderte ungebührlich oder reagirt er überhaupt nicht, dann freilich wird der Kreisarzt keinen Augenblick zögern, entsprechende Mittheilung an die Polizeibehörde gelangen zu lassen, und von dieser wird der Arzt, dem dann ganz recht geschähe, mit einem Strafmandat bedacht werden. Nun kann aber der Aufgeforderte mit der ungebührlichen Antwort die Uebersendung des Approbationscheines verbinden. In diesem Falle wird der Kreisarzt in dem Bewusstsein, den kollegialen Standpunkt gewahrt zu haben, vorläufig die Sache auf sich beruhen lassen müssen — vorläufig wenigstens, denn in den meisten Fällen wird er noch Gelegenheit finden, mit einem Strafmandat (wegen einer anderen Uebertretung) zu antworten und so auf einen Schelmen anderthalbe zu setzen. Im vorliegenden Falle hätte nach unserem Empfinden der Kreisarzt unter keinen Umständen die Unterlassung der Anmeldung ohne vorhergehende Aufforderung an den Kollegen der Polizeibehörde mittheilen dürfen, eben um nicht in den Verdacht zu gerathen, dass er das gespannte Verhältniss zu dem erkrankten Arzt auf dessen Vertreter, einen ganz unschuldigen Kollegen, übertrage und ungerechtfertigter Weise es diesen fühlen lasse; denn dass der Kollege die Vertretung übernommen hat, wird ihm der Kreisarzt doch nicht übel nehmen können. Uebrigens heisst es in der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 (§ 45 Abs. 1) in Bezug auf die Medizinalpersonen, welche die Meldung nicht sofort bewirken: „Säumige sind zu erinnern und bei erfolgter Erinnerung der Polizeibehörde anzuzeigen.“ Also auch bei dem Verzicht auf jedwede kollegiale Rücksicht hat der Kreisarzt die sich niederlassenden Kollegen an die Vorlegung des Approbationsscheines zu erinnern.

Die vorstehenden Ausführungen beziehen sich auf kleine Ortschaften, wie sie sich im Anschluss an einen Fall ergeben haben, der sich augenscheinlich in einer kleinen Stadt zugetragen. In grösseren Städten wird sich das Verfahren nicht so einfach gestalten lassen. Der Kreisarzt erfährt hier gar nicht ohne Weiteres die Niederlassung von Aerzten. Da wäre es wohl angebracht — vielleicht geschieht es auch schon —, dass die Polizeibehörde dem Kreisarzt die Namen derjenigen Personen mitteilt, die bei der polizeilichen Anmeldung sich als Arzt bezeichnen und — wenn nicht aus freien Stücken, so auf Anfrage seitens der Behörde — erklären, dass sie den ärztlichen Beruf ausüben wollen. Dann würde der Kreisarzt die betreffenden Aerzte zur Anmeldung und Vorlegung des Approbationsscheines auffordern, was am einfachsten durch gedruckte oder auf anderem Wege vervielfältigte Zirkulare erfolgen könnte. Vorwiegend für grössere Städte käme noch die Meldung beim Wohnungswechsel in Betracht. Für den Polizeibezirk Berlin und die Stadt Charlottenburg wenigstens ist die Bestimmung getroffen, dass etwaiger Wohnungswechsel innerhalb vierzehn Tagen nach Eintritt desselben dem Kreisarzt zu melden ist. Wahrscheinlich enthalten auch die anderen Polizeiverordnungen eine solche Bestimmung, da jene diesen als Muster gedient hat, insoweit sie nicht schon vorher erlassen waren. Unterm 11. Dezember 1875 übersandte nämlich der Minister den Regierungen Abschrift der vom Berliner Polizeipräsidium erlassenen Polizeiverordnung vom 17. November 1875 bezüglich der Meldung der Medizinalpersonen bei dem zuständigen Kreisphysikus zur Kenntniss mit der Veranlassung, ähnliche Polizeiverordnungen für die einzelnen Regierungsbezirke zu erlassen oder eine bereits erlassene, entsprechende Verordnung zur Beachtung zu erneuern. Ebenso ist von der Aufgabe der Praxis und vom Verzug nach ausserhalb Meldung zu machen.

Der zweite Punkt, welchen der Herr Regierungsmedizinalrath erörtert, betrifft den Zweck der Polizeiverordnung, welche den Aerzten die Anmeldung etc. zur Pflicht macht. Dieser Zweck sei, womit auf den vorliegenden Fall rekurrirt wird, nicht allein, nicht approbirte Personen von Vertretungen auszuschliessen. „Bei den Aerzten vor allen Dingen sind sanitätspolizeiliche Gründe und die Feststellung der Arztlisten (für Aerztekammer u. s. w.) massgebend“, es mache ungeheure Schwierigkeiten, die Arztlisten richtig zu stellen und richtig auf dem Laufenden zu erhalten.

Der Zweck der Polizei-Verordnung ist eine Kontrole über die Medizinalpersonen, insbesondere über diejenigen, die sich als Aerzte oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen, bezüglich des Besitzes der Approbation nach § 29 Gew.-O. Die durch die Gew.-O. im Prinzip garantirte Freizügigkeit befreit den sich behufs Ausübung des Berufs niederlassenden Approbationsinhaber nicht von der Pflicht, die für die Niederlassung und den Um- und Fortzug seitens der einzelnen Landesbehörden festgesetzten Formalitäten zu erfüllen. In Preussen ist in dem Begleitschreiben des Ministers zur Uebersendung des Approbationsscheines die Bestimmung enthalten, dass der Approbirte von der Wahl des Orts der Niederlassung und der jedesmaligen Veränderung desselben unter Vorzeigung des beifolgenden Scheines Meldung zu erstatten habe. Diese Bestimmung, in Form einer Anweisung gehalten, ist aber natürlich nicht rechtsverbindlich — abgesehen davon, dass in anderen Bundesstaaten eine solche Anweisung nicht üblich zu sein scheint, für das Reichsland Elsass-Lothringen ist uns das als sicher bekannt. Vielmehr ist die Materie in den einzelnen Regierungsbezirken durch Polizeiverordnung geregelt. Wer in einem Orte Preussens*) als Arzt oder unter einem gleichbedeutenden Titel die Heilkunde ausüben will, hat durch Vorweisung des Approbationsscheines nachzuweisen, dass er dem Erforderniss des § 29 Gew.-O. genügt hat. Die amtliche Person, welche zur Entgegennahme des Scheines resp. der Einsicht in denselben von der Landesbehörde bestellt ist, ist der Physikus resp. Kreisarzt des Kreises, zu welchem der Ort der Niederlassung gehört. Die Aerzte sollen sich, wie es in einem Urtheil des höchsten preussischen Gerichtshofs für das Landesstrafrecht heisst, durch die angeordnete Vorzeigung der Approbation darüber ausweisen, ob sie der Vorschrift des § 29 Gew.-O. genügt, also eine gesetzliche Pflicht erfüllt haben. Dieses Urtheil des Kammergerichts habe ich vielfach und auch eifrig gesucht, aber nirgends gefunden. Die von Aerzten herausgegebenen Bücher, in denen das Urtheil erwähnt ist, bezeichnen es als am 16. Februar 1884 ergangen, so Wernich's bekannte Zusammenstellung der giltigen Medizinalgesetze Preussens (Berlin 1887) auf Seite 20, so auch die ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde von Rapmund-Dietrich, unter Mitwirkung von Schwalbe herausgegeben, auf Seite 62, Fussnote 2. Merkwürdig erschien mir nun, dass dieses Urtheil in keinem von juristischer Seite herausgegebenen Werke zu finden war. Ueberall stöberte ich nach, nirgends fand ich ein solches Urtheil des Kammergerichts vom 16. Februar 1884. Dagegen begegnete ich in fast allen in Betracht kommenden Schriften, so in den Kommentaren zur Gew.-O. von Landmann-Rohmer und von Schicker einem Urtheil des Kammergerichts vom 7. Februar 1884. Aber von der Verpflichtung zur Anzeige der Niederlassung als Arzt und des Wegzugs etc. war hier nicht die Rede, sondern vielmehr davon, dass die Unterlassung der Anzeige des Beginns der ärztlichen Praxis

*) In den anderen Bundesstaaten ist die An- und Abmeldungspflicht durch Königliche oder Ministerial-Verordnung oder in ähnlicher Weise geregelt.

nicht unter § 147*) Gew.-O. falle (cf. Schicker, 4. Aufl., S. 904) und dass das Urtheil des Kammergerichts vom 7. Februar 1884 richtig sei (cf. Landmann-Rohmer, 3. Aufl., S. 79). Als Quelle war dort das Preussische Verwaltungsblatt (V. Jahrgang, S. 232) und hier die Reger'sche Sammlung von Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden aus dem Gebiete des auf reichsgesetzlichen und gemeinrechtlichen Bestimmungen beruhenden Verwaltungs- und Polizeistrafrechts (V. Band, S. 153) angegeben. In der Reger'schen Sammlung fand ich auch nichts über die Giltigkeit der bewussten Polizeiverordnung, aber als Quelle auch das Preussische Verwaltungsblatt angegeben. In dessen V. Jahrgang, S. 232, in No. 29 vom 19. April 1884, fand ich endlich ausser der mir aus genannten wie anderen Schriften schon bekannten Feststellung, „dass die Ausübung der Heilkunde gegen Entgelt kein unter die Bestimmungen der Gewerbeordnung fallendes Gewerbe sei, und dass Derjenige, welcher an einem Orte die Heilkunde ausüben will, nicht verpflichtet sei, dies, als den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, der nach § 14 der Gew.-O. zuständigen Behörde anzuzeigen, sowie dass denselben wegen Unterlassung dieser Anmeldung die Strafe des § 148, No. 4 a. a. O. nicht treffen kann" — fand ich also ausserdem, „dass die Polizeiverordnung, welche von den Aerzten eine Anmeldung beim Kreisphysikus unter gleichzeitiger Vorlegung der Approbation als einer Massregel zum Schutze von Leben und Gesundheit fordert, rechtsverbindlich sei" — wohlgemerkt Alles als Feststellungen eines Erkenntnisses des Kammergerichts vom 7. Februar 1884.

Was bisher als wahrscheinlich, muss jetzt als sicher gelten, dass nämlich das Urtheil vom 16. Februar 1884 und das Urtheil vom 7. Februar 1884 identisch seien. Da aber las ich in der Deutschen Juristen-Zeitung (1901, No. 18), in einem Artikel von Landgerichtsrath Dr. Delius in Kottbus über die Frage, wer der Beitragspflicht zur Aerztekammer und der Judikatur der Ehrengerichte in Preussen unterworfen sei, dass das Urtheil des Kammergerichts über die Anmeldepflicht der Aerzte vom 16. Februar 1884 stamme. Diese Angabe eines Richters im Bezirke des Kammergerichts machte mich wieder stutzig, und um alle Zweifel zu lösen, fragte ich auf der Gerichtsschreiberei des Strafsenats am Kammergericht an. Denn nach alledem musste als feststehend angenommen werden, dass das Urtheil nicht veröffentlicht worden war, was thatsächlich so ist. Der Beamte, an den ich mich gewandt, kam mir in der liebenswürdigsten Weise entgegen und legte mir das Urtheil — S. 499. 83 — vor; ihm sei auch an dieser Stelle bestens gedankt. — Hier erfuhr ich nun, dass das fragliche Urtheil in der That am 7. Februar 1884 ergangen, und dass ein solches oder ein ähnliches Urtheil vom 16. Februar 1884 gar nicht existirt. Delius ist also der einzige Jurist, der die unrichtige Angabe machte, die sonst nur bei ärztlichen Schriftstellern zu finden ist, ein Verhalten, dass mich zu der Vermuthung führt, dass Delius die Unterlagen für seinen Artikel von ärztlicher Seite erhalten hat.

Diese meine Erfahrungen habe ich lediglich deshalb so genau geschildert, um einmal an einem konkreten Fall zu zeigen, wie Angaben ohne Kontrole auf ihre Richtigkeit einfach übernommen werden, und was für Arbeit die unkontrolirte Uebernahme solcher Irrthümer verursachen kann. Bei dieser Gelegenheit kann ich auch die Bemerkung nicht unterdrücken, dass die ärztlichen Schriftsteller in juristischen Dingen Quellenstudien fast gar nicht zu treiben scheinen, wenigstens findet man in deren Schriften nur ausnahmsweise einen Literaturnachweis — in wohlthuendem Gegensatz dazu stehen die Schriften von Juristen, die fast regelmässig die Quelle angeben. Es muthet etwas sonderbar an, wenn man z. B. in der als Fortsetzung der Wernich'schen Sammlung kürzlich erschienenen, von Wehmer zusammengestellten und herausgegebenen Schrift über die neuen Medizinal-Gesetze Preussens, die ja in Bezug auf Vollständigkeit der wiedergegebenen Gesetze, Verordnungen, Erlasse, der ergangenen Erkenntnisse etc. das höchste Lob verdient — wenn man, sagen wir, in dieser Zusammenstellung als Quelle die „Berliner Aerzte-Correspondenz" oder den „Aerztl. Central-Anzeiger" verzeichnet findet. Wir möchten hier darauf hinweisen, dass vor Erscheinen des Medizinal-Ministerialblatts amtliche Quellen selbst den beamteten Aerzten nicht zugänglich waren. Red.

*) Druckfehler, soll § 148 heissen.

Erst nachdem ich durch persönliche Nachfrage auf dem Kammergericht den Irrthum aufgedeckt hatte, fand ich das Erkenntniss noch in zwei Werken ärztlicher Autoren verzeichnet, und zwar kurz — offenbar nach dem Preussischen Verwaltungsblatt, wofür der Wortlaut wie auch der nämliche Druckfehler (§ 148. 4 statt § 148. 1) spricht — demgemäss aber richtig als vom 7. Februar 1884 stammend, in Wiener's Handbuch der Medizinalgesetzgebung des Deutschen Reiches und seiner Einzelstaaten, II. Band, I. Theil (Stuttgart 1885) auf Seite 369 (Fussnote), und dann sehr ausführlich, insofern das Urtheil zum grösseren Theile wörtlich (auch richtig § 148 No. 14 abgedruckt ist, in Guttstadt; Deutschlands Gesundheitswesen, I. Theil (Leipzig 1890) auf Seite 299 ff. (Fussnote), merkwürdiger Weise mit Angabe des falschen Datums (16. Februar 1884*), da dem Verfasser resp. seinem juristischen Berather das Urtheil offenbar vorgelegen hat. Ich möchte den Gegenstand nicht verlassen, ohne den Wunsch auszusprechen, es möchten solche grundlegenden Erkenntnisse doch in der offiziellen Sammlung, dem Jahrbuch der Entscheidungen des Kammergerichts, veröffentlicht werden. (Schluss folgt.)

Referate.

Sammelbericht.

Gewerbehygienische Rundschau.

Von E. Roth-Potsdam.

Aus dem Jahresbericht der Grossherzoglich badischen Fabrikinspektion verdient ein in einer Metallwaarenfabrik vorgekommener Todesfall in Folge Einathmens nitroser Dämpfe beim Beizen von Metallgegenständen mittelst Salpeter-Schwefelsäure Erwähnung. Der Unfall betraf einen zum ersten Mal mit derartigen Arbeiten beschäftigten Arbeiter, der die zu beizenden Gegenstände in einen unter einem gutziehenden Abzug aufgestellten Trog mit Beizflüssigkeit zu tauchen und sodann in einem dicht neben dem Abzug im Arbeitsraum stehenden Bassin in fliessendem Wasser abzuschwenken hatte. Die kurze Zeit des Transportes der gebeizten Gegenstände von dem Abzug bis zum Bassin genügte zu der tödtlichen Wirkung der hierbei eingeathmeten nitrosen Dämpfe. Schon nach einer Stunde erkrankte der Arbeiter und starb am folgenden Tage unter allgemeinen Vergiftungserscheinungen. Die Sektion ergab, dass der Tod auf das Einathmen der giftigen Gase zurückzuführen war, die nicht blos auf die Athmungsorgane, sondern direkt blutzersetzend gewirkt haben mussten. Die Wirkung der Stickoxyde unterscheidet sich hiernach wesentlich von derjenigen des Chlors, Broms, der Salzsäure und anderer Dämpfe, welche letzteren wesentlich auf die Athmungsorgane einwirken, während die Stickoxyde sich auf Kosten des Sauerstoffs, des Oxyhämoglobins im Blute weiter oxydiren und so eine Blutzersetzung herbei-

*) Ebenso noch erwähnt auf S. 394 und S. 398.

führen. Es ist bekannt, dass auch bei uns die Arbeiter der Metallwaarenfabriken unter der Einwirkung der nitrosen Dämpfe ausserordentlich leiden, und dass trotz aller Lüftungen und Abzüge die verderblichen Wirkungen dieser Gase nicht ausbleiben. Es wird deshalb auf einen Ersatz der Handarbeit durch mechanische Vorrichtungen mehr als bisher Bedacht zu nehmen sein.

Demselben Bericht entnehmen wir, dass in der Glasfabrik in Achern die Herstellung eines Theils der Hohlgläser, der Bierflaschen unter Anwendung künstlicher Pressluft gelang, ein Verfahren, wie es schon vor Jahren von den Ingenieuren Gebr. Appert in Frankreich empfohlen wurde. Es gelang hier, die nothwendige Veränderlichkeit beim Blasen in genügender Vollkommenheit zu erreichen, so dass für einen Theil der Arbeiter das gesundheitsschädliche Blasen und der Aufenthalt in der strahlenden Hitze des Glasofens in Wegfall kommt.

Ueber Bleivergiftungen bei den Blattstichwebern in Appenzell A.-Rh. berichtet der bekannte eidgenössische Fabrikinspektor Schuler im Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte (1902, No. 4). Nachdem ein Arzt in Appenzell über eine grosse Zahl von Bleivergiftungen bei Blattstichwebern berichtet, weist Schuler die Schweizer Kollegen auf diese Gefahr hin. Die Blattstichweberei wird grösstentheils als Hausindustrie in niedrigen, schlecht beleuchteten Kellerräumen betrieben. Der Fussboden dieser Keller besteht fast überall aus gestampfter Erde, um den für den Arbeitsbetrieb erforderlichen Grad von Feuchtigkeit zu haben, freilich auf Kosten der Gesundheit der Arbeiter. Die Arbeit an diesen Webstühlen, die die grösste Aehnlichkeit mit den Jaquardstühlen besitzen, ist eine anstrengende, den ganzen Körper beanspruchende, gleichwohl ist die soziale Lage dieser Weber eine äusserst ungünstige. Die Möglichkeit, mit Blei in Berührung zu kommen, ist einmal durch die kleinen Spulen gegeben, welche das Garn für die einzuwebenden Figuren liefern und aus einer Bleilegierung, die bis zu 32,5 % Blei enthält, bestehen; näher liegend ist die Gefahr der Bleivergiftung, die von den Bleistäbchen ausgeht, die an den Fäden des Harnisches in ungeheurer Zahl aufgehängt sind, sich beständig auf- und abbewegen und an einander reiben, also genau dasselbe, wie es seiner Zeit in den Jaquardwebereien beobachtet wurde, deren Bleigewichte damals in der Schweiz so viele und so schwere Bleivergiftungen verursachten, bis der Gebrauch der Bleigewichte durch den Bund verboten wurde. In dem am Fussboden angesammelten Staub konnte Schuler erhebliche Mengen von Blei nachweisen, während ein Aufwirbeln des Staubes durch die feuchte Beschaffenheit des Fussbodens verhütet wird. Wenn auch die bisher bei Blattstichwebern beobachteten Fälle von Bleivergiftung nicht als einwandsfrei erachtet werden konnten, muss doch mit der Möglichkeit einer Bleivergiftung, insbesondere bei Kindern und den sogenannten Anrüstern der Webstühle gerechnet werden.

Auf wie ungeahnten Wegen unter Umständen das Blei in den Verdauungskanal eingeführt werden kann, zeigen die in Bern gemachten Beobachtungen von Bleierkrankungen, die bei Arbeiterinnen auftraten, welche Postmarkenbogen abzuzählen hatten, deren Marken mit einer bleihaltigen Farbe bedruckt waren.

Eine eigenartige Erkrankung, beginnend mit Kopfschmerz, Aphonie, Stechen in der Brust und Husten, wozu sich später Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit gesellten, und die bei einem vorher gesunden Arbeiter beobachtet wurde, nachdem er an 2 Tagen mehrere Stunden den Verdampfungskessel in einer Zuckerfabrik gereinigt hatte, beschreibt Vellguth aus der Göttinger Klinik des Professor Ebstein (Inaugural-Dissertation, Göttingen 1901). Bei der Entfernung der an den Wandungen angesammelten dicken trocknen Kruste von Zucker und unreinen Bestandtheilen des Zuckersaftes bildet sich ein sehr reichlicher, stechender, beissender Staub. Worauf die Erkrankung im vorliegenden Falle zurückzuführen, ist schwer zu sagen, da ähnliche Erkrankungen bei Arbeitern in Zuckerfabriken bisher nicht beobachtet zu sein scheinen.

Ueber vier Todesfälle bei der Herstellung von Nitrophenolen und Nitrochlorverbindungen berichtet der Regierungs-Gewerberath Dr. Leymann in Wiesbaden (Konkordia, Zeitschrift der Zentralstelle u. s. w. 1902, S. 53). In der Farbenindustrie finden neuerdings die Mono- und Dinitrophenole sowie die Mono- und Dinitrochlorbenzole bezw. Toluole in wachsendem Masse Verwendung zur Herstellung von schwarzen Farbstoffen. Leymann beobachtete in den Jahren 1900 und 1901 unter den Arbeitern eines derartigen Betriebes in seinem Bezirk drei Todesfälle, welche unzweifelhaft auf die Einwirkung der Arbeitsmaterialien und speziell des Dinitrophenols zurückgeführt werden mussten. Dass das homologe Dinitrokresol (Saffransurrogat) für Thiere giftig ist, hatte schon früher Weyl nachgewiesen. Die Erkrankungen, die mit Unruhe, allgemeiner Körperschwäche, Pulssteigerung, Temperaturerhöhung, bisweilen auch Erbrechen, Athemnoth, erweiterten Pupillen einhergingen, endeten unter allgemeinen Krämpfen nach kurzer Zeit tödtlich. Bei der Sektion und chemischen Untersuchung des ersten Falles wurde eine gelb färbende Substanz nachgewiesen, welche die Reaktionen der Pikrinsäure zeigte. Die Todesursache blieb zunächst unaufgeklärt und liess sich erst bei den späteren Erkrankungen feststellen. Gleichwohl bleibt auffallend, dass in den übrigen Fabriken, in denen Dinitrophenol dargestellt wird, bisher keinerlei Vergiftungen beobachtet sind. Nach dem dritten Todesfall stellte die Fabrik den Betrieb ein, um ihn später unter besonderen, vom Gewerbeaufsichtsbeamten gestellten Bedingungen wieder aufzunehmen. Ein danach noch beobachteter vierter Fall, der gleichfalls tödtlich endete, betraf einen Arbeiter im Nitrochlorbenzolbetriebe. In diesem Fall wurden Erscheinungen beobachtet, wie sie bei Vergiftungen durch Chlorbenzol beobachtet sind, für dessen Giftigkeit eine grosse Zahl von Beobachtungen aufgeführt werden.

Mit Rücksicht auf diese Beobachtungen, sowie die reizende und ätzende Wirkung, welche einige Chlornitroverbindungen auf die Haut ausüben, ist äusserste Vorsicht und die Durchführung ähnlicher Vorsichtsmassregeln, wie sie Leymann für die Arbeiter in Dinitrophenolbetrieben anordnete, geboten.

Aus den Untersuchungen von Musehold zu dem im § 2, 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. Januar 1899 für Rosshaarspinnereien u. s. w. vorgeschriebenen Desinfektionsverfahren mittels Wasserdampf (Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt, Bd. XVIII, Heft 1) ergiebt sich, dass die schlechten Erfahrungen, welche die Rosshaarspinner bei der Dampfdesinfektion gemacht haben, lediglich auf Mängeln in der Ausführung des Desinfektionsverfahrens resp. der benutzten Apparate beruht. Es stellte sich heraus, dass die Innehaltung gewisser Dampfdruckgrenzen nicht nur bei der Dampfdesinfektion, sondern ganz besonders bei der Krausdämpfung für die Erzielung einer guten Krollhaarwaare von ausschlaggebender Bedeutung ist. Hierfür ist aber Voraussetzung die Anwendung zweckmässig konstruirter Desinfektionsapparate und eine zuverlässige Handhabung durch gut unterrichtete Leute.

In der Reichstagssitzung vom 27. Febr. d. Js. kamen Petitionen zur Sprache, die sich auf die Zündholzindustrie bezogen und theils für, theils gegen das Verbot der Verwendung

von weissem Phosphor eintraten. Im Plenum trat Abg. Wurm nachdrücklich und mit guten Gründen für das Verbot des weissen Phosphors ein. Die Petitionen wurden dem Reichskanzler als Material überwiesen, und es darf angenommen werden, dass an der zuständigen Stelle, wo die Gefahren des Betriebes zur Genüge bekannt sind, das Verbot ausgesprochen werden wird, da man sich überzeugt hat, dass auf keine andere Weise den schweren Gefahren der Phosphornekrose begegnet werden kann, auch die Technik gegenwärtig über Methoden verfügt, die auch Kleinbetrieben die Herstellung giftfreier Zündhölzer ohne kostspielige Maschinen und unter Beibehaltung der jetzt gebräuchlichen Holzarten gestattet. Dass der Staat das Recht hat, Arbeitsmethoden auch ohne Entschädigung zu verbieten, die Gesundheit und Leben der Arbeiter gefährden, kann nach Lage der Gesetzgebung nicht zweifelhaft sein.

Erneuert und erweitert wurde die Bekanntmachung, betreffend die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Zichorienfabriken und den zur Herstellung von Zichorien dienenden Werkstätten mit Motorbetrieb unter dem 31. Januar 1902 (R.-G.-Bl. S. 65), ferner die Bekanntmachung, betr. die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien unter dem 5. März 1902 (R.-G.-Bl. S. 42), desgleichen unter demselben Datum die Bekanntmachung, betr. die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Rohzuckerfabriken, Zuckerraffinerien und Melasseentzuckerungs-Anstalten (R.-G.-Bl. S. 72.)

Die ausserordentlichen gesundheitlichen Gefahren, die der Betrieb in Anlagen zur Vulkanisirung von Gummiwaaren für die Arbeiter mit sich bringt, auf die von ärztlicher Seite seit Jahren wiederholt und nachdrücklich hingewiesen wurde, haben zum Erlass der Bekanntmachung, betr. Einrichtung und Betrieb gewerblicher Anlagen zur Vulkanisirung von Gummiwaaren vom 1. März 1902 (R. G. Bl. S. 59) geführt, die den hauptsächlichsten hygienischen Forderungen Rechnung trägt. Im Besondern wird in den Vulkanisirräumen ein Luftraum für den Arbeiter von mindestens 20 cbm verlangt. Die zum Vulkanisiren langer Stoffbahnen dienenden Maschinen müssen mit einer Ummantelung versehen sein, während das Vulkanisiren aller anderen Gegenstände, sofern es nicht im Freien erfolgt, unter Schutzkästen zu geschehen hat, welche die Dämpfe von dem Gesicht des Arbeiters fern halten. Diese Umhüllungen müssen mit kräftigen Absaugevorrichtungen versehen sein. Die Beschäftigung mit dem Vulkanisiren sowie mit Arbeiten, bei denen die Arbeiter der Einwirkung des Schwefelkohlenstoffes ausgesetzt sind, darf ununterbrochen nicht länger als 2 Stunden und täglich im Ganzen nicht länger als 4 Stunden dauern; nach 2stündiger Arbeitsdauer muss eine Pause von mindestens 1 Stunde gewährt werden. Personen unter 18 Jahren dürfen mit solchen Arbeiten überhaupt nicht beschäftigt werden. Ausserdem ist eine periodische ärztliche Untersuchung der Arbeiter in vierwöchentlichen Zwischenräumen vorgeschrieben. Arbeiter, welche Zeichen von Schwefelkohlenstoffvergiftung aufweisen, sind bis zur völligen Genesung, solche Arbeiter, die für Schwefelkohlenstoff besonders empfindlich sind, dauernd von diesen Arbeiten fernzuhalten. Endlich ist zum Zweck der Kontrole über den Wechsel und Bestand sowie über den Gesundheitszustand der Arbeiter ein besonders Kontrolbuch zu führen, wie dies für eine Reihe anderer gesundheitsgefährlicher Betriebe gleichfalls vorgeschrieben ist. Auch sind einige der wichtigsten Bestimmungen des persönliches Schutzes der Arbeiter in die Arbeitsordnung aufzunehmen.

Chirurgie.

Isolirter Fascienriss des äusseren schrägen Bauchmuskels.

Von Dr. Heinrich Mohr-Bielefeld.
(Monatsschrift für Unfallheilkunde.)

Ein 41jähriger Arbeiter bemerkte zufällig eine druckempfindliche Stelle in seiner rechten Bauchhälfte, welche bei Rückbeugen und Seitwärtsneigen des Oberkörpers noch schmerzhafter wurde. Er suchte wegen Anhaltens dieser Schmerzen den Verf. nach 14 Tagen auf und es wurde ein etwa 25 cm langer, nach der Mitte konvex verlaufender, bindfadendicker, ungleichmässig starker Strang festgestellt, welcher, unter der Haut liegend und mit ihr zusammenhängend, diese beim Hintenüberbiegen einzog. Er verlief von zwei Finger unterhalb und etwas einwärts der r. Brustwarze beginnend, an seiner medialsten Stelle entlang der Rektusscheide ziehend, bis handbreit oberhalb des Nabels, wo er 8 cm seitwärts von der Mittellinie endigte. Bei Rumpfbewegungen nach links und zugleich rückwärts trat Schmerz und Spannung in der Gegend desselben auf, während Blutergussreste, Muskelhernie, oder ein Riss im Muskel nicht auffindbar waren. Die scharfkantige Beschaffenheit des Stranges lässt ihn in Gemeinschaft mit den fehlenden Erscheinungen von Seiten der Muskulatur als isolirten Fascienriss erscheinen, dessen Entstehung mit Wahrscheinlichkeit auf eine übermässige Anstrengung beim Tragen einer schweren Walze zurückzuführen ist, wobei der Patient durch plötzliches Nachlassen des mit ihm am Vorderende der Walze tragenden Arbeiters zu einer sehr energischen Anspannung seiner Bauchmuskeln unter Links- und Rückwärtsdrehung des Körpers gezwungen war. Seelhorst.

Ueber subkutane interperitonale Nierenverletzung.

Von Dr. F. de Quervain.
Chir. Oberarzt am Spital in Chaux-de-Fonds.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 62. Heft 1 und 2.)

Ein achtjähriger Junge gerieth unter einen schwer beladenen Schlitten und wurde von demselben drei Mal gerollt. Nach der Verletzung bestand reichliches Blutharnen, welches schon am folgenden Tage wesentlich nachliess; der Knabe begann jedoch zu brechen. Bei seiner am dritten Tage bewirkten Aufnahme in das Krankenhaus zeigte er einen etwas aufgetriebenen, nicht gespannten, mässig druckempfindlichen Unterleib ohne Dämpfung an irgend einer Stelle. Als sich jedoch gegen Abend eine Dämpfung in den Flanken ausbildete, erneutes Erbrechen und Athemnoth auftraten, und der Unterleib ausgedehnter und druckempfindlicher wurde, schritt man zur Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie fand sich der Darm und das Netz nirgends verletzt; dagegen enthielt die Bauchhöhle dunkles nicht geronnenes Blut von deutlich harnartigem Geruch. Da die Blutung aus der rechten Niere zu kommen schien, wurde der Schnitt zwei Finger breit nach rechts verlängert. Das Bauchfell war über der rechten Niere 5 cm weit eingerissen und das perirenale Gewebe blutig infiltrirt, so dass sich der untere Nierenpol nicht deutlich abtasten liess. Ein Nierenriss war nicht zu fühlen. Nach Reinigung der Bauchhöhle wurde in die rechte Nierengegend ein Mikulicz-Schleier eingeführt, und die Bauchhöhle bis auf die Durchtrittsstelle dieses Tampons geschlossen. Der weitere Verlauf war, abgesehen von einer interkurrenten Pneumonie, ein guter; der Kranke konnte nach drei Monaten geheilt entlassen werden.

Im Anschluss an diesen Fall erörtert Verfasser unter Zuziehung der einschlägigen Literatur Diagnose, Prognose und Behandlung der intraperitonealen Nierenverletzungen. Um die Einwirkung des Urins auf das Bauchfell festzustellen, griff er zum Thierexperiment. Seine Untersuchungen ergaben in Uebereinstimmung mit denen anderer Autoren, dass ein

maliges selbst wiederholtes Einfliessen von Harn in die Bauchhöhle keine nachtheiligen Folgen hat; solche wurden nur bei länger dauernden beständigem Einfliessen beobachtet.

Seine Anschauungen über Diagnose, Prognose und Behandlung der Verletzungen fasst Verfasser in folgende Sätze zusammen:

Die Differentialdiagnose zwischen intraperitonealer Nierenruptur einerseits und extraperitonealer Zerreissung und Mitverletzung anderer Organe andererseits lässt sich oft nur mit einem mehr oder weniger hohen Grade von Wahrscheinlichkeit stellen. Weitere Fortschritte in der Diagnostik sind am ehesten von neuen diagnostischen Hilfsmitteln (Leukocytose, Serodiagnostik) zu erwarten.

Bezüglich der Prognose ist zwischen schwerer Zertrümmerung des Organs und leichterer Quetschung zu unterscheiden. Bei beiden erhöht eine Bauchfellverletzung die innere Blutung, welche besonders bei schweren Verletzungen rasch zum Tode führt. Die Gefahr einer Peritonitis ist eine relativ geringe.

Bei leichteren Verletzungen ist abwartende Behandlung am Platze, vorausgesetzt, dass keine Verletzung eines anderen Bauchorgans anzunehmen ist. In den schwereren Fällen soll so rasch wie möglich operirt werden, ebenso bei gleichzeitiger anderweitiger Verletzung des Bauchinhaltes. Wo die Grenze zwischen nicht zu operirenden und zu operirenden Fällen liegt, lässt sich auf dem Papier nicht feststellen. Wird operirt, so beginnt man am Besten mit einem Lumbalschnitt, den man, wenn nöthig, nach vorn verlängern kann. Bei ungewisser Diagnose ist der Medianschnitt angezeigt. Niehues-Berlin.

Zerreissung der Harnröhre mit Bruch des Beckens und Beschädigung der Sakralnerven.

Mitgetheilt von E. Laurie Robinson.
(Brit. Med. Journal. 1. Februar 1902.)

Es handelt sich um einen 60jährigen Mann, welcher früher gesund war, nur in letzter Zeit etwas an Asthma und Rheumatismus litt. Beim Reiten wurde er von einem scheuenden Pferde mehrere Male in die Höhe geworfen und fiel dann beim plötzlichen Stehenbleiben des Thieres mit starker Erschütterung auf den Nacken des Pferdes zurück. Er litt sofort heftigen Schmerz und fühlte sich so schwach, dass er nur mit Hilfe Anderer vom Pferde herunterkommen konnte. Bei der ersten ärztlichen Untersuchung konnte man nichts Besonderes wahrnehmen, aber bereits am folgenden Morgen bemerkte man eine Ansammlung von Urin am Hodensack. Er wurde in das Krankenhaus aufgenommen, wo man weiterhin feststellte, dass er noch stark an den Folgen des Shoks litt. Seit dem Unfall hatte er keinen Urin gelassen und ferner fand man, dass das rechte Bein nur mit grossen Schmerzen bewegt werden konnte. Der Hodensack war geschwollen, gespannt und verfärbt. Die Beckenknochen standen vorne $2^1/_2$ Zoll aus einander, wobei die linke Seite ungefähr in der Mittellinie stand, die rechte Seite in der angegebenen Entfernung nach rechts verschoben war. Ausser Quetschungen in der Gluteal fand sich eine grössere Blutgeschwulst über dem Kreuzbein. Durch einen Einschnitt in den Hodensack und den Damm wurde eine grosse Menge blutigen Urins entleert. Man brachte einen Katheter in Verbindung mit einer Drainröhre, die man dauernd liegen liess. Mit Hilfe von Sandsäcken wurden die Beckentheile durch Druck einander genähert. Neben diesen Verletzungen bestand eine vollstände Lähmung des Schliessmuskels des Afters. Erst einen Monat später, als der Kranke sich erholt hatte, hat man durch Operation, indem man die Beckenknochen an 2 Stellen anborte und durch Draht mit einander verband, hat man den Beckenbruch zur Heilung gebracht. Auch die übrigen Folgen der Verletzung gingen bei sachgemässer Behandlung allmählich zurück. Nach 4 Monaten waren die Wunden ganz verheilt, so dass der Kranke das Wasser wieder halten konnte. Nach 6 Monaten hatte er auch die Herrschaft über den Schliessmuskel des Afters wiedergewonnen. Nach 7 Monaten liess nur der Gang des Verletzten noch zu wünschen übrig. Nach einem Jahr war auch die Kraft der Beine wieder hergestellt. Die Trennung der Schambeinknochen gehört sicher zu den Seltenheiten, wahrscheinlich hatte in diesem Falle auch eine Verletzung der Gelenke zwischen Darmbein und Kreuzbein stattgefunden und ferner eine Verletzung der Sakralnerven, besonders des vierten Nerven. Als ein besonders glücklicher Zufall für den Kranken muss gelten, dass er von einer Entzündung der Blase verschont blieb. Franz Meyer-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen.

Von F. Nissl.
(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, XXV, 1902, Januar.)

Die recht kritisch gefärbte Studie über die Beziehungen zwischen funktionellen Psychosen und hysterischen Erscheinungen ist vorwiegend von klinischem Interesse.

Echte hysterische Psychosen sind, wie die Bearbeitung des weiblichen Materials der Heidelberger Klinik lehrt, selten; dagegen boten 11,4 % aller Frauen bei sogenannten funktionellen Psychosen hysterische Symptome.

Da Verf. die Hysterie durchaus im Sinne Kräpelin's auffasst, so kommt er zu dem weiteren Schluss, dass es sich hierbei nicht um Symptome der Hysterie, sondern vielmehr um solche der einfachen Seelenstörungen handelt, wenn sie auch den Symptomen der Hysterie auf den ersten Blick zum Verwechseln ähnlich sehen. Vorwiegend sind dabei Katatonie und Hebephrenie betheiligt, weniger das manisch-depressive Irresein und die Melancholie des Rückbildungsalters.

Grade der so eigenartige Zustand, welchen Ganser vor Kurzem als einen hysterischen Dämmerzustand beschrieben hat, findet sich oft bei der Katatonie. Das so überaus charakteristische Symptom des Vorbeiredens ist in erster Linie eine Aeusserung des katatonischen Negativismus. Viele der beschriebenen Fälle zeigen noch andere Zeichen der Katatonie wie katatonischen Stupor, katatonische Erregung, katatonische Tics, kataleptische Erscheinungen, Stereotypieen. Der Nachweis, dass es sich bei diesen Dämmerzuständen wirklich um Bewusstseinsstörungen handelt, ist übrigens nicht erbracht. Der Befund von hysterischen Stigmata genügt noch nicht, um eine hysterische Anlage anzunehmen. Eine andere Auffassung dieser Fälle wird sicherlich eine durch längere Zeit hindurch ausgeführte Beobachtung lehren.

Wegen der weitgehenden forensischen Bedeutung der Ganser'schen Dämmerzustände verdient dieser Hinweis des Verf. grade die besondere Beachtung der Sachverständigen. Ernst Schultze.

Hygiene.

Die Verunreinigung der öffentlichen Gewässer zu Berlin.

Von Schümann.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 34, S. 226.)

Nach einer kurzen Darstellung der Berliner und Charlottenburger Kanalisationsanlage sowie der einzelnen Radialbezirke und deren Leistungen bespricht der Verf. die Veränderungen der Regenwasserabführung zwischen einst und jetzt. Während das wasserdichte Pflaster in Berlin im Jahre 1885 nur 30,6 % der gesammten Strassendammfläche betrug, machte es im Jahre 1899 82,8 % aus, und heute kann mit Sicherheit an-

genommen werden, dass selbst bei mässigen Regenfällen der grösste Theil der Niederschläge dem Rohrnetz zufliesst, von dem sie zunächst in die Sandfänge der Pumpstationen, bei stärkeren Regenfällen aber unmittelbar durch die Nothauslässe in die öffentlichen Gewässer gelangen. Bei der Höhenlage der Nothauslässe ist es zur Zeit nicht möglich, über die Häufigkeit und die Dauer ihrer Thätigkeit zuverlässige Angaben zu erhalten. Meist liegt ihre Sohle und bei vielen die ganze Mündung unter Wasser, und nur 6 der Hauptnothauslässe werden als Schützenwehre mit der Hand geöffnet, alle übrigen (114) sind selbstthätige Ueberfälle, deren Schwelle zum Theil so niedrig ist, dass sie schon in voller Thätigkeit sind, wenn erst der schnell steigende Pegelstand in den Sandfängen das Oeffnen der Hauptnothausflüsse fordert.

Klarer liegen die Verhältnisse in Charlottenburg, wo die Nothauslässe als feste Ueberfälle ausgebildet sind, deren niedrigster der Hauptnothauslass der Pumpstation ist. Durch zuverlässige Aufzeichnungen des selbstschreibenden Pegels im Sandfang einerseits und des eben dort aufgestellten Regenmessers andererseits ist es möglich, über den Zusammenhang zwischen den Regenfällen und dem Speien des Hauptnothauslasses Beziehungen zu finden, die der Verf. an der Hand der Beobachtungen der Jahre 1899 und 1900 an einer Kurve erläutert.

Erst wenn derartige zuverlässige, mittels Pegel- und Regen-Selbstschreiber gefundene Beobachtungen für jeden der Berliner Radialbezirke zur Verfügung stehen, ist eine zuverlässige Kontrole der Wirksamkeit der ganzen Kanalisationsanlage möglich. Es würde sich hieraus ergeben, dass diese Kurven, je nach den Gefällsverhältnissen, der Bebauung und Pflasterung des Geländes, nach der Grösse seiner Park- und Gartenanlagen, ferner nach dem Fassungsraum des Rohrnetzes, der Leistungsfähigkeit der Pumpen und Druckrohre u. s. w. in den einzelnen Radialbezirken nicht nur örtlich verschieden, sondern auch zeitlich veränderlich sind, da die genannten Faktoren sich im Laufe weniger Jahre oft nicht unwesentlich verändern. Um welche gewaltigen Wassermengen es sich hierbei handelt, ergiebt eine Berechnung des Verf., wonach bei einem 5 mm starken Regen in den 11 im Betrieb befindlichen Radialbezirken rund 40 cbm/sec in einer Stunde, im Innern der Stadt wahrscheinlich noch schneller, von dem Rohrnetz aufgenommen, und sobald dieses zu $^2/_3$ gefüllt ist, durch die 120 Nothauslässe den öffentlichen Wasserläufen zugeführt werden.

Aus diesen, in den beiden letzten trocknen Jahren gewonnenen Beobachtungen ergiebt sich, dass die Hauptursache der Verschmutzung der Wasserläufe, die in regenreichen Jahren bedeutend grösser sein wird, in den Nothauslässen zu suchen ist, und dass erst in zweiter Linie die Entwässerung der nur unvollkommen oder gar nicht kanalisirten Gemeinden, die gewerblichen Anlagen u. s. w. und sodann der Schiffs- und Ladeverkehr steht.

Der Verf. bespricht sodann die Grösse der Verunreinigung der Spree und ihrer Kanäle innerhalb des Weichbildes von Berlin und ihre Zunahme beim Lauf durch die Stadt, hauptsächlich an der Hand der Arbeiten von Spitta und Dircksen.

Obwohl ein derartig verunreinigtes Wasser, das auch für die meisten gewerblichen Zwecke sich als unbrauchbar erweist, vom Standpunkt des Hygienikers für Badezwecke untauglich ist, befinden sich in der Spree 29 Badeanstalten, von denen 19 städtisch sind, und in den Kanälen ausserdem 3 Privatanstalten.

Ein Vergleich mit andern Grossstädten und den Wassermengen ihrer Flüsse fällt zu Ungunsten von Berlin aus, so dass Berlin alle Ursache hat, die trägen und schwachen Spreegewässer nicht zu überladen. Da diese Verunreinigungen fortschreitend zunehmen, entsteht die Frage, wie dieser mit Naturnothwendigkeit zunehmenden Verschlammung der Gewässer Einhalt zu thun ist. Verf. stellt zur Erwägung, bei dem weiteren Ausbau des Rohrnetzes das Trennsystem in Erwägung zu ziehen. Die Bezugnahme des Verf. auf den nördlich der Spree gelegenen Theil von Charlottenburg ist nicht mehr zutreffend, nachdem das erste nach dem Trennsystem ausgearbeitete Projekt nicht die Genehmigung der Aufsichtsbehörde gefunden hat.

Zur sicheren Beaufsichtigung der Nothauslässe erachtet der Verf. es für erforderlich, dass ihre Schwellen so umgebaut werden, dass bei einem gleichmässigen Regen zunächst die Hauptnothauslässe und sodann erst die übrigen selbstthätig und gleichzeitig speien. Während die ersten durch selbstschreibende Pegel in den Sandfängen beaufsichtigt werden, müssten elektrische Meldeschwimmer an der letzten Schwelle die Thätigkeit der Nebenauslässe auf dem Pumpwerk anzeigen. Sodann wäre die Zuführung der gröberen, schwimmenden Schmutzstoffe in die öffentlichen Wasserläufe durch Rechen und ähnliche Vorrichtungen wie in Wiesbaden und Marburg zu verhindern, durch geeignete Massnahmen der Abfluss des Regens nach Möglichkeit zu verzögern und durch entsprechende Vergrösserung der Maschinen u. s. w. den veränderten Verhältnissen Rechnung zu tragen. Endlich empfiehlt der Verfasser zum Zwecke der Reinhaltung der Gewässer eine häufige, kräftige, planmässige Spülung derselben bei gleichzeitiger Senkung des Oberwasserspiegels, eine Massregel, deren Ausführbarkeit namentlich nach Fertigstellung des Teltow-Kanals fraglich erscheint.

Jedenfalls wird es als eine der wichtigsten Aufgaben der Aufsichtsbehörden erachtet werden müssen, jeder weitergehenden Verunreinigung der Spree in und bei Berlin, namentlich auch in ihrem Oberlauf mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu begegnen, eine Aufgabe, bei deren Lösung die Unterstützung und Mitwirkung der staatlichen Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung Voraussetzung ist.

Roth (Potsdam).

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Zeitdauer zur vollständigen Gewöhnung an den Verlust eines Fingergliedes.

Sektionsentscheidung vom 16. 11. 1901.

Der Bergmann Wilhelm Sch. erlitt am 13. August 1900 auf Zeche Graf Beust eine komplizirte Fraktur des 4. rechten Fingers, welche den Verlust des Nagelgliedes zur Folge hatte. Die dem Verletzten aus diesem Anlass vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfalle ab gewährte Rente von 10 Prozent wurde mit Ende März 1901 eingestellt, weil nach ärztlichem Gutachten Folgen der Verletzung die Erwerbsfähigkeit nicht mehr beschränkten. Nachdem auch das Schiedsgericht die Renteneinstellung als zu Recht erfolgt erachtet hatte, legte Sch. Rekurs ein und beantragte Weitergewährung der bisherigen Rente. Dem Rekurse wurde insofern stattgegeben, als das R.-V.-A. die Rente noch bis zum 12. August 1901 gewährte.

Das R.-V.-A. war zwar mit den Vorinstanzen darin einverstanden, dass die Art der Verletzung — Verlust von etwa $1^1/_2$ Gliedern des Ringfingers der rechten Hand — für den Kläger, einen gewöhnlichen Handarbeiter, auf die Dauer einen messbaren Ausfall an Erwerbsfähigkeit nicht bedingt. Dagegen war es der Ansicht, dass dem Kläger eine bedeutend längere Zeit zur vollständigen Gewöhnung an den Verlust gelassen werden müsse, als dies durch den angefochtenen Bescheid geschehen war. Das R.-V.-A. hat diese Zeit auf Grund vielfacher Erfah-

rung auf etwa zehn Monate seit Beendigung des Heilverfahrens, also seit dem 13. Oktober 1900 für diesen Fall bemessen. Bestätigt wurde diese Auffassung durch die Lohnverhältnisse. Denn der Kläger bezog nach der Auskunft der Zechenverwaltung vom 13. Mai 1901 erst wieder einen Lohn von 3,10 Mark, während er bis zum Unfall einen solchen von 3,46 Mark hatte. Die Rente von 10 Prozent ist deshalb noch bis zum 12. August 1901 einschliesslich zugebilligt worden.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Taschen-Kalender zum Gebrauche bei Handhabung der Arbeiterversicherungsgesetze für Behörden, Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Aerzte u. s. w.; nach amtlichen Quellen herausgegeben von **E. Götze** und **P. Schindler** 1902. (14. Jahrgang.) Theil I: Unfallversicherung; Theil II: Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Ortsübliche Tagelöhne u. s. w.; Berlin, Liebelsche Buchhandlung.

Der 14. Jahrgang dieses bewährten Hilfsbuches auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung steht hinter den früheren Jahrgängen nicht zurück. Theil I hat, nachdem nunmehr die älteren Unfallversicherungsgesetze ihre praktische Bedeutung zum grossen Theil verloren haben, die Gegenüberstellung des Textes des alten U. V. G. vom 6. Juli 1884 mit dem Gewerbe-U. V. G. vom 30. Juni 1900 fallen gelassen und nur eine vergleichende Uebersicht über die Paragraphen dieser Gesetze aufgenommen. Die Anmerkungen zu den älteren Gesetzen sind, soweit sie Giltigkeit behalten, nunmehr zu den Bestimmungen der neuen Gesetze in Beziehung gesetzt und durch die neuen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts etc. ergänzt worden. Ferner hat das Unfallfürsorgegesetz für Beamte und für Personen des Soldatenstandes vom 18. Juni 1901 Aufnahme gefunden und sind die Verzeichnisse der behördlich festgesetzten ortsüblichen Tagelöhne und der land- und forstwirthschaftlichen Jahresarbeitsverdienste vollständig umgearbeitet worden, das Letztere unter Berücksichtigung der inzwischen aus Anlass des Reichstagsbeschlusses erfolgten Revision der Sätze. Die Vorzüge des sorgfältig gearbeiteten und bis auf die Gegenwart fortgeführten Werkes, für welches die Bezeichnung „Taschen-Kalender“ viel zu bescheiden ist, da es ein gewaltiges Material bringt und die Entscheidungen der Behörden, insbesondere des Reichs-Versicherungsamts, nach Art eines Kommentars verarbeitet, sind oft hervorgehoben worden. Es ist in der That ein überaus werthvolles Nachschlagebuch für Jeden, der sich schnell über eine Frage oder den Aufbau der Arbeiterversicherung orientiren will.

Für die Aerzte, die ja alle mehr oder weniger mit diesem sozialpolitischen Rechtsgebiet in Berührung stehen, wird es diesen Zweck auch erfüllen und hierzu wird vielleicht u. A. noch beitragen, wenn in das Sachregister des Theiles I. die Stichworte „Arzt“ bezw. „Behandelnder Arzt“, „Aerztliches Gutachten“ u. s. w. aufgenommen würden, die u. A. auf § 8 des Abänderungsgesetzes (Schiedsgerichtsarzt) und § 69, Abs. 3 des Gew. U. V. G. (Anhörung des behandelnden Arztes, zu verweisen hätten. Radtke.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Gustav Fischer:

Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. I. Ergänzungsband zum Klinischen Jahrbuch. 76 S., 10 M.

Verlag Georg Reimer:

O. Mugdan: Kommentar für Aerzte zum Gewerbeunfallversicherungsgesetze. 215 S.

Verlag Wilhelm Braumüller:

Zuckerkandl: Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Heft IV, 10 M.

Verlag H. Kornfeld:

Hartmann: Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. VII. verbesserte und vermehrte Aufl. 323 S. 7,50 M.

Verlag A. Weinholtz:

Gross: Die Anwendung hochgespannter Dämpfe zur Regeneration erkrankter Organe und zur Heilung von Wunden und Geschwüren. 110 S. 1,50 M.

Tagesgeschichte.

Geisteskrankheit und Laienurtheil.

Als vor einer Reihe von Wochen der Abgeordnete Lenzmann im Deutschen Reichstage seine übliche „Irrenrede“ hielt, die sich von früheren ähnlichen Leistungen im Wesentlichen durch eine höfliche Verbeugung vor dem guten Willen der Irrenärzte und durch die Beschränkung der „beweisenden“ Fälle auf einen einzigen unterschied — da empfahl er dringend die Bildung von Besichtigungskommissionen zur Kontrole der Irrenärzte unter Zuziehung von „Ortsbewohnern, die das Leben und Treiben des Kranken ohne eignes Interesse beobachtet haben“. Er meinte: „Das verrückte Benehmen wird bald für alle Welt erkennbar (!!), und wenn die Heimathsangehörigen von derartigen wahnsinnigen und blödsinnigen Erscheinungen nichts bemerkt haben, trotz des Umgangs mit dem Manne, dann kann man überzeugt sein, dass sie entweder auf Seite der vernehmenden Person oder des Irrenarztes eingebildete Erscheinungen sind.“

Alle theoretischen Ausführungen gegen diese laienhafte Empfehlung des Laienurtheils auf einem nur dem gründlich vorgebildeten Fachmann zugänglichen Gebiete sind bisher wirkungslos geblieben. Das grosse Publikum, dem sich auch Leute von sonst hoher Bildung hier blindlings anschliessen, klammert sich an bestimmte Skandalfälle oder richtiger gesagt, an die erste tendenziöse Darstellung solcher Fälle. Um so nothwendiger ist es, dass auch die Sinnlosigkeit der Laienkommissionen ab und zu durch wirklich beweiskräftige Fälle beleuchtet wird.

Wir freuen uns, aus der „Irrenpflege“ ein Beispiel wiedergeben zu können, wie es trefflicher die Phantasie des „verbohrtesten“ Irrenarztes nicht erfinden könnte:

Der Badeort Neuenahr war im vergangenen August der Schauplatz einer aufregenden Szene. Dort wohnte seit etwa 20 Jahren der Grosskaufmann Julius F., der sich aus bescheidenen Verhältnissen emporgearbeitet hatte und zuletzt Inhaber eines bedeutenden Delikatessen-Geschäftes und mehrfacher Hausbesitzer war. Nach dem Tode seiner ersten Frau, die ihm mehrere, jetzt erwachsene Kinder geschenkt hatte, war dem F. von seiner Schwester ein Dienstmädchen ins Haus gebracht worden, dem es in kurzer Zeit gelang, das Herz des alternden Mannes zu gewinnen, so dass dieser sich schliesslich zu einer Heirath mit ihr entschloss. Die Ehe soll sehr bald nach der Geburt des ersten Kindes unglücklich geworden sein, angeblich weil die Frau im Verein mit ihrer in den Haushalt aufgenommenen Schwester dem als fleissig und sparsam geschilderten Manne das Leben durch allerlei Machenschaften sauer machte. So soll sie hinter dem Rücken des Mannes allerlei Geldgeschäfte gemacht und sogar Wechsel über mehrere Tausend Mark mit der Unterschrift ihres Mannes versehen haben, um ihrem Bruder Geld zu verschaffen. Eines Abends, als das Badepublikum und die Mehrzahl der Einwohner Neuenahrs im Kurgarten lustwandelte, fuhr plötzlich hinter dem F.'schen Hause ein Wagen vor, dem drei handfeste Männer entstiegen. Dieselben kletterten auf vorher aufgestellten Leitern über die Gartenmauer und stellten sich an

der hinteren Hausthür auf, da der bereits gewarnte F. die Vorderthür nach Eintritt der Dunkelheit fest zu verschliessen pflegte. In dem Augenblick nun, als der allein im Hause anwesende F. die hintere Thür öffnete, um nochmals in den Garten zu gehen, wurde er von den drei Männern gepackt, zu Boden geworfen und ehe er es sich versah, war ihm eine Zwangsjacke überzogen und ein Knebel in den Mund gesteckt, der ihn am Schreien verhinderte. Dann schleppten ihn die drei nach dem Wagen und fuhren unter den entrüsteten Zurufen der inzwischen angesammelten Menge mit ihrem Opfer davon. Es stellte sich heraus, dass Frau F., nachdem ihr der Hausarzt ein Attest ausgestellt hatte, dass ihrem Ehemann ein Aufenthalt in einer Heilanstalt dienlich sei, da er an Trunksucht leide, die Männer unter hohen Geldversprechungen dazu veranlasst hatte, den angeblich Tobsüchtigen nach der Irrenanstalt Andernach am Rhein zu bringen.

Diese Vorgänge riefen in Neuenahr allgemeine Erregung hervor, umsomehr als verschiedene dort zur Kur anwesende Aerzte und Juristen die Berechtigung der Frau zu ihrer Handlungsweise entschieden bestritten. Der Kriegerverein, dem F. angehörte und 248 Haushaltungsvorstände der Stadt Neuenahr erklärten ausserdem, dass F. keineswegs an Trunksucht gelitten habe und so bemächtigte sich schliesslich auch die Presse der Angelegenheit. Das Kölner Tageblatt, dessen Direktor D. zufällig in Neuenahr zur Kur weilte, verurtheilte das Vorgehen der Frau F. in scharfer Weise und ebenso sprachen sich mehrere Beamte, Kaufleute und Hotelbesitzer in Protestversammlungen zu Gunsten des F. gegen dessen Frau aus. Daraufhin erhob diese die Privatklage gegen den Direktor D., den Chefredakteur D., die Kaufleute M. und E. B und ein Ehepaar I., die in der ersten Instanz von dem Schöffengericht in Ahrweiler sämmtlich freigesprochen wurden.

In der zweiten Instanz vor dem Landgericht zu Koblenz gab die Verhandlung, die in dieser Woche stattfand, ein wesentlich anderes Bild. Es stellte sich heraus, dass F. in der That ein arger Trinker war. Es kam zu einem Vergleich, worin die Angeklagten rückhaltlos anerkannten, dass die Verbringung des F. in die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Andernach durch seine Ehefrau vollständig gerechtfertigt und geboten war, und dass dabei alle gesetzlich gegebenen Vorschriften beobachtet worden sind. Sie erkannten ferner an, dass die in dem Urtheil erster Instanz des Amtsgerichts Ahrweiler enthaltenen Feststellungen, insofern sie Nachtheiliges über die Persönlichkeit und den Charakter der Frau F. enthalten, den thatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen. Der Angeklagte Zeitungsverleger D. verpflichtete sich zur Zahlung einer Busse von 1500 Mark an die Frau F. Nachdem der Vorsitzende diesen Vergleich vor der nahezu vollzählig versammelten Einwohnerschaft von Neuenahr zur Verlesung gebracht hatte, erklärte Staatsanwalt Sch., dass er die Bürger dringend warne, die Frau F. noch fernerhin wegen dieser Sache anzugreifen, da er jede weitere Belästigung derselben auf das Strengste verfolgen werde.

So steht es mit dem Verständniss der uninteressirten Nachbarn für die Geisteskranken! Es ist sehr glaubhaft, dass Herrn Lenzmann und seinen auf den verschiedenen Seiten des Reichstags vertheilten Gesinnungsgenossen Fälle, wie der obige, bisher nicht bekannt geworden sind — weil sie eben nicht berufsmässig mit Geisteskranken in Berührung kommen. Aber es giebt noch eine andere Quelle, aus der auch jeder Laie Belehrung über die Urtheilsunfähigkeit der Nichtärzte, so weit geistige Krankheit oder Gesundheit bezw. Gemeingefährlichkeit oder Harmlosigkeit von Geisteskranken in Frage kommen, schöpfen könnte: die Polizeiberichte und die Rubriken „Lokales und Provinzielles" in den Tagesblättern. Hier eine kleine Blüthenlese aus Berliner Zeitungen der letzten Wochen, die leicht verdreifacht werden könnte:

Regensburg, 14. April. Wie dem Regensburger Anzeiger gemeldet wird, hat am Donnerstag Abend der Sohn des Rittergutsbesitzers v. G. auf dem Rittergute R., stud. med. v. G., seinen Vater während eines Streites zu Boden geschlagen und auf ihn vier Revolverschüsse abgegeben. Drei der Schüsse verletzten den Rittergutsbesitzer lebensgefährlich. Darauf schoss sich der Sohn eine Kugel durch den Kopf, die seinen sofortigen Tod herbeiführte. Der Selbstmörder ist erst vor kurzer Zeit aus der Irrenanstalt Karthaus-Prüll entlassen worden. (Berl. Tagebl.)

Eine furchtbare That beging in Paris der 24jährige Barbier Adrien Legrand. Er tödtete seinen sechsjährigen Stiefsohn, indem er ihm durch einen Schnitt mit dem Rasirmesser den Kopf vom Rumpf trennte. Legrand forderte später seinen Hausverwalter auf, ihm den ruchlosen Mörder seines Sohnes suchen zu helfen. Als ein Kriminalbeamter erschien, rief Legrand: „Meine Hand wars und mein Messer! Mich trieb eine unerklärliche Gewalt gegen das schlafende Kind!" Vor einigen Tagen wollte Frau Legrand Schritte thun, um ihren Gatten einer Irrenanstalt übergeben zu lassen, sie hatte aber die Ausführung ihres Vorhabens aufgeschoben aus Furcht vor dem Klatsch der Nachbarn. — Ueber den in Köln unter grässlichen Umständen verübten Selbstmord eines geistesgestörten jungen Mädchens. In Euskirchen machte in einem Anfall plötzlichen (d. h. in der Regel: bisher verkannten! Red.) Irrsinns die 23jährige Tochter eines Grosskaufmannes im Hofe unter freiem Himmel ein Bett zurecht, begoss das Lager eben so wie ihre Kleider mit Petroleum, zündete das Bett an und legte sich darauf nieder. Später fand man die völlig verkohlte Leiche der Unglücklichen.

(Berl. Lokal-Anz. 9. IV. 02.)

Der seit längerer Zeit nervenleidende Angestellte der Packetfahrt Wilhelm S. erhängte sich in seiner Wohnung am Planufer. — Der Arbeiter Karl S. versuchte von der Kronprinzenbrücke in die Spree zu springen, er wurde jedoch von dem Schutzmann W. zurückgehalten und zur Wache des 5. Polizeireviers gebracht, wo sich herausstellte, dass S. geisteskrank ist. — Die geisteskranke Näherin Amalie A. versuchte aus dem Fenster ihrer im dritten Stock des Hauses Choriner Strasse 8 gelegenen Wohnung im Verfolgungswahn auf den Hof hinabzuspringen. Die Nachbaren bemühten sich, die Geisteskranke durch Zureden und Schläge mit Besen und Stöcken vom Fenster zu vertreiben und riefen die Feuerwehr herbei. Ehe diese jedoch eintraf, hatte die Frau sich bereits aus dem Küchenfenster gestürzt. Die Schwerverletzte wurde in die Charitee gebracht, wo sie bald darauf starb. — Das Verfahren gegen den „Bankier" O. (es handelte sich um umfangreiche Unterschlagungen und dgl.) ist nunmehr eingestellt worden. Der gegen O. erlassene Haftbefehl ist in Folge dessen aufgehoben worden. Diese Massnahme wird dadurch begründet, dass O. für geistig nicht zurechnungsfähig erklärt wird und somit für seine Handlungen strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden könne. O. war, wie wir seiner zeit berichteten, zur Beobachtung seines Geisteszustandes der Untersuchungsstation der Charitee überwiesen worden.

(Voss. Ztg. 22. u. 16. IV. 02.)

Die Thatsachen haben bewiesen, dass alle diese Leute als gemeingefährlich in eine Irrenanstalt gehört hätten — warum waren sie nicht darin? Es mag sein, dass in einem oder dem anderen Falle auch der Fachmann die gemeingefährliche

Krankheit nicht rechtzeitig erkannt hätte; wer aber einigermassen mit den Verhältnissen vertraut ist, weiss, dass die Hauptursachen auf anderen Gebieten liegen: Erstens waren die Laien, die die Umgebung des Kranken bildeten, nicht im Stande, zu erkennen, dass es sich um einen Kranken oder doch nicht, dass es sich um einen gefährlichen Kranken handelte; und zweitens scheuten sie, wie es in dem einen Falle aus Paris ja mit dürren Worten gesagt ist, das Odium, einen Menschen in die Irrenanstalt gebracht zu haben. Wie nutzlos erscheint nach solchen täglichen Erfahrungen unter diesen Umständen die Heranziehung des Laienelements, wie unheilvoll die Agitation, gegen die sich diese Zeilen richten.

Ist es nicht unbegreiflich, dass angesichts der offenkundigen Schwierigkeit, Geisteskrankheiten zu erkennen, und angesichts der Gefahr, die der Gemeinschaft und den Kranken selbst durch ungeeignete Behandlung Geisteskranker droht, gebildete Männer sich immer noch zu Anwälten von Bestrebungen hergeben, die das Misstrauen und die Furcht des Publikums gegenüber den Irrenanstalten bestärken und die rechtzeitige Unterbringung des Kranken erschweren? F. L.

Der Gesetzentwurf über die Gebühren der Medizinalbeamten.

Die Budgetkommission des Abgeordnetenhauses trat bei der am 30. v. M. stattgefundenen Berathung des Gesetzentwurfes betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten zunächst in eine Generaldiskussion ein. Der Berichterstatter machte gegen die Vorlage eine Reihe von Bedenken geltend: Es sei aus der Begründung der Vorlage nicht ersichtlich, wie hoch sich, nachdem das Kreisarztgesetz den Umfang der Geschäfte der Kreisärzte vergrössert habe, an der Hand des bisherigen Gebührengesetzes vom 9. März 1872 die Einnahmen der Kreisärzte jetzt belaufen. Noch weniger seien Anhaltspunkte gegeben, um beurtheilen zu können, welche Erhöhung die Bezüge der Kreisärzte, nach dem jetzt neu in Aussicht genommenen Gebührentarif erfahren würden. Sodann wären durch die Vorlage nicht die Bedenken beseitigt, die darin beständen, dass die kleineren Verbände, also die Gemeinden und Gutsbezirke, die Kosten des Kreisarztgesetzes zu bezahlen haben würden. In dieser Beziehung sei genügende Klarheit über die Betheiligung des Staates und der Gemeinden resp. Gutsbezirke nicht geschaffen. In der Generaldiskussion äusserten fast alle Redner ihr Bedenken dagegen, dass die Vorlage abweichend von dem bisherigen Rechtszustande den Gebührentarif statt durch Gesetz durch ministerielle Erlasse regeln wolle. Der Regierungskommissar bemerkte dazu, dass einer Aenderung der Vorlage durch den Landtag, in dieser Beziehung den bisherigen Rechtszustand aufrecht zu erhalten, bei der Staatsregierung keine Bedenken entgegenständen. Die Lasten der Gemeinden würden durch ein preussisches Landesgesetz zur Ergänzung des Reichsseuchengesetzes, das in Vorbereitung sei, wesentlich erleichtert werden. Der vorliegende Gesetzentwurf sei nöthig, um Widersprüche in der Rechtsprechung des Reichsgerichts und Oberverwaltungsgerichts, wie sie bisher bestanden hätten, zu verhindern. Die Kommission hielt es für zweckmässig, erst den Entwurf des preussischen Seuchengesetzes abzuwarten, ehe der Gebührengesetzentwurf weiter diskutirt werde, und es wurde der letztere auf unbestimmte Zeit vertagt.

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

21. bis 27. September 1902.

Die auf der vorjährigen Versammlung in Hamburg durchgeführte Vereinigung mehrerer verwandter Disziplinen wurde auch in diesem Jahre beibehalten. Die Organisation der Versammlung blieb überhaupt dieselbe wie im Vorjahre mit der einzigen Ausnahme, dass in der medizinischen Hauptgruppe eine neue Abtheilung „Geschichte der Medizin“ eingefügt wurde.

Diesem Beschlusse des Vorstandes der Gesellschaft gemäss bestehen gegenwärtig 28 Abtheilungen.

Die allgemeinen Sitzungen der diesjährigen Tagung werden am 22. und 26. September abgehalten; es sollen in diesen Sitzungen Themata von allgemeinem Interesse behandelt werden.

Für den 24. September ist eine Gesammtsitzung beider Hauptgruppen geplant. Die thematisch verschiedenen Vorträge dieses Tages werden zu dem diesjährigen Versammlungsorte, der alten Thermenstadt Karlsbad, in Beziehung stehen.

Donnerstag, den 25. sind für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen vorgesehen. In der medizinischen Hauptgruppe soll die physiologische Albuminurie von zwei Referenten behandelt werden. Als Thema der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe ist der „Kreislauf des Stickstoffs“ bestimmt.

Wir machen besonders darauf aufmerksam, dass Vorträge und Demonstrationen für die Abtheilung für gerichtliche Medizin baldigst bei dem k. k. Oberbezirksarzt Dr. med. Josef Ritter von Hochberger anzumelden sind. Da wissenschaftliche Fragen von allgemeinerem Interesse möglichst wieder in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so bittet der Vorstand der Abtheilung, diesbezügliche Wünsche ihm mitzutheilen.

Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder

am Montag, den 26. Mai, Morgens 10 Uhr, im Saale der „Erholung“ zu Weimar.

Zur Besprechung kommen unter Anderem die Fragen:

Wie gelangen kleinere und mittlere Gemeinden am besten in den Besitz einer Badeanstalt mit Brausebädern? Referent: Landgerichtsrath Dr. Aschrott-Berlin.

Die erziehliche Bedeutung und die bisherige Verbreitung der Volksbäder mit Rücksicht auf die verschiedenen Bevölkerungsschichten. Referent: Stabsarzt Dr. Krebs-Berlin.

Grundsätze für Bauanlage und Einrichtung von Volksbadeanstalten als Programm zum Gebrauch bei der Ausschreibung und Aufstellung der Entwürfe. Referenten: Baurath Peters-Magdeburg und Ingenieur Oslender-Düsseldorf.

Sodann ist angeregt worden, die Verunreinigung der öffentlichen Flussläufe in Bezug auf deren Benutzung für Badezwecke vom gesundheitlichen Standpunkt aus kritisch zu erörtern (Professor Dr. Fränkel-Halle). Ferner wird zur Diskussion gestellt: Wie weit die Gesellschaft bei der Gründung von Volksbädern durch kleinere Gemeinden mit materieller Unterstützung eintreten kann? (Hofrath Dr. Stich-Nürnberg). Wie die Schulbrausebäder grösseren Bevölkerungskreisen nutzbar zu machen sind? (Medizinalrath Dr. Dornblüth-Rostock). Die Förderung der Vereinsbestrebungen durch Wanderredner und Zweigvereine (Dr. Salomon-Hirschberg). Die Förderung der Schwimm- und Badebassins neben den Wannen- und Brausebädern, bezw. Wettbewerb für Einführung von Schüler- und Volksschwimmbädern in Verbindung mit kleinen Wannen- und Brauseanlagen (Rechnungsrath Kallenbach-Breslau). Die Heranziehung von Kassen und Versicherungsanstalten zur Hebung des öffentlichen Badewesens (Professor Dr. Lassar-Berlin).

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1., Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker, Geh. Med.-Rath, Berlin. — Dr. Braehmer, Geh. San.-Rath, Berlin. — Dr. Florschütz, Gotha. — Dr. Fürbringer, Geh. Med.-Rath u. Prof., Berlin. — Dr. Haug, Professor, München. — Dr. Kionka, Professor, Jena. — Dr. Kirchner, Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof., Berlin. — Dr. A. Leppmann, Med.-Rath, Berlin.

Dr. von Liszt, Geh. Just.-Rath u. Prof., Berlin. — Dr. Loebker, Professor, Bochum. — Dr. Ostertag, Professor, Berlin. — Dr. Puppe, Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt, Berlin. — Radtke, Kaiserl. Reg.-Rath, Berlin. — Dr. Roth, Reg.- u. Geh. Med.-Rath, Potsdam. — Dr. Silex, Professor, Berlin. — Dr. Stolper, Breslau. — Dr. Windscheid, Professor, Leipzig.

Dr. F. Leppmann-Berlin.
Verantwortlicher Redakteur.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. — № 11. — Ausgegeben am 1. Juni.

Inhalt:

Neuere Rechtssprüche des Reichsversicherungamts über die Bemessung der Unfallrente bei schon vor dem Unfalle verminderter Erwerbsfähigkeit.

Von

Reg.-Rath **Radtke**.

In Nummer 2 dieses Jahrganges ist in dem Aufsatz „Ueber die Abschätzung der durch Betriebsunfall verursachten Einbusse an Erwerbsfähigkeit“ dargelegt werden, dass nach den Unfallversicherungsgesetzen der die Theilrente bestimmende Grad der Einbusse an Erwerbsfähigkeit nicht in Prozenten einer normalen Erwerbsfähigkeit, sondern in denjenigen der zur Zeit des Unfalles vorhandenen individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten zu schätzen ist, und dass dieser Grundsatz für den Fall, dass die Rente nach dem letzten individuellen Jahresarbeitsverdienst berechnet wird, wie es nach dem Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz in der Regel geschieht, eben so gilt, wie für den anderen, im Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirthschaft die Regel bildenden Fall der Zugrundelegung eines behördlich festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes.

Die Nothwendigkeit der Darlegung dieses bereits früher vom Reichsversicherungsamt verlautbarten, aber in der Praxis vielfach in Vergessenheit gerathenen Grundsatzes hat in mehreren neueren Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamtes, insbesondere in solchen vom 19. und 22. März 1902, ihre Bestätigung gefunden. In einer derselben, welche jetzt unter Ziff. 1930 in den Amtl. Nachr. des R. V. A. 1902 S. 376 veröffentlicht worden ist, wird unter Bezugnahme auf den Bericht der Reichstagskommission zu dem Entwurfe des Gesetzes vom 30. Juni 1900 (Drucksachen des Reichstages 10. Legislatur-Periode I. Session 1898/1900 No. 703a S. 28), in einer anderen unter Hinweis auf die Begründung zu § 5a (Abs. 4 bis 6) des G. U. V. G. (Drucksachen No. 523, S. 50) ausgeführt, dass man zu einer richtigen Beurtheilung der Unfallsfolgen, insbesondere im Sinn der neuen Unfallversicherungsgesetze nur kommen könne, wenn man bei der Würdigung und Berechnung derselben in allen Fällen von dem Zustande der vor dem Unfalle vorhandenen Erwerbsfähigkeit als von 100 Prozent ausgeht, also denjenigen Prozentsatz der Rente zu Grunde legt, welcher der Einbusse an der vor dem Unfalle vorhandenen individuellen Erwerbsfähigkeit entspricht.

Den Anlass zur Hervorhebung dieser gesetzlichen Auffassung hatte in jenen Entscheidungen der höchsten Instanz der der Praxis, insbesondere auch der ärztlichen Begutachtung, viel Schwierigkeiten bereitende Fall des Vorhandenseins älterer für die Arbeitsfähigkeit nachtheiliger Körperschäden geboten. Die ärztlichen Sachverständigen hatten wegen solcher Leiden eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um einen gewissen Prozentsatz angenommen, die Folgen des Unfalles mit einer in Prozentziffern ausgegedrückten weiteren Minderung der Erwerbsfähigkeit bewerthet, und die Summe Beider als den gesammten bisherigen Verlust, bezw. den Unterschied zwischen dieser Zahl und 100 als das Mass der verbliebenen Erwerbsfähigkeit bezeichnet; sie hatten also die Schätzung durchweg in Normalprozenten vorgenommen. Es war nun Streit darüber entstanden, ob die nach dem ärztlichen Gutachten auf die Wirkung der Unfallsfolgen entfallende Prozentziffer für die zu bewilligende Theilrente massgeblich sei. Für die Bejahung dieser Frage wurde insbesondere geltend gemacht, dass bei Annahme eines höheren Prozentsatzes die Berufsgenossenschaft auch für Schäden Vergütung leisten würde, welche nicht Folgen des Unfalles seien, während sie nach § 8 Abs. 2 Buchst. b des neuen U. V. G. f. L. u. F. bezw. § 9 Abs. 2 Buchst. b des neuen G. U. V. G. die Rente nur nach dem Masse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit zu bemessen habe. Das Reichs-Versicherungsamt spricht mit Bezug hierauf bestimmt aus, dass eine Benachtheiligung der Berufsgenossenschaft bei Berechnung der Einbusse in Prozenten der individuellen letzten Erwerbsfähigkeit im Falle einer damals bereits vorhandenen Gebrechlichkeit des Verletzten keinesfalls eintrete, selbst wenn bei Ermittelung der Prozentziffer, wie nothwendig sei, in Betracht gezogen werde, dass die Folgen des Unfalles auf einen schon erkrankten oder geschwächten Körper schwerer wirkten und die Erwerbsfähigkeit deshalb mehr beeinträchtigten, als dies bei einem vorher noch im Wesentlichen gesunden Menschen der Fall sei. Denn das Mass der Beeinträchtigung an Erwerbsfähigkeit, welche schon vor dem Unfall vorhanden gewesen sei, komme in dem verhältnissmässig geminderten Arbeitsverdienst, welcher der Rentenberechnung zu Grunde gelegt wird, zur Anrechnung, könne also nicht nochmals in dem Prozentsatze der Vollrente, welche dem Masse der Einbusse an der früheren Erwerbsfähigkeit zu entsprechen habe, in Anrechnung kommen. Die Rechtslage sei in dieser Beziehung auf dem Gebiete der gewerblichen wie der landwirthschaftlichen Unfallversicherung gleich. So weit die Rente nach dem ermittelten thatsächlichen Arbeitsverdienste des Verletzten zu bemessen sei, unterbleibe die Reduktion dieses Verdienstes bei schon vorher vorhanden gewesener theilweiser Erwerbsunfähigkeit deshalb, weil in diesem thatsächlichen individuellen Verdienst ohnedies die Folge der theilweisen Erwerbsunfähigkeit in der Regel zum Ausdruck komme; so weit aber die Rente nach einem allgemein festgesetzten Normalarbeitsverdienst (§ 10, Abs. 4, 5 des G. U. V. G.; §§ 10, 13 der U. V. G. f. L. u. F.) zu bemessen sei, müsse das Mass der schon vor dem Unfall vorhanden gewesenen Minderung der normalen Erwerbsfähigkeit durch die verhältnissmässige Reduktion dieses Normalverdienstes gewürdigt werden, es habe aber bei der Festsetzung des Prozentsatzes der neuen Einbusse an der vor dem Unfall vorhanden gewesenen Erwerbsfähigkeit in allen Fällen ausser Betracht zu bleiben (zu vergl. auch Rek.-Entsch. 673, 1348 und 1743, Amtl. Nachr. d. R. V. A. 1889, S. 162, 1894 S. 281 und 1899 S. 423).

In einem der anderen entschiedenen Rekursfälle hatte das Schiedsgericht, da es sich um die erste Feststellung der Entschädigung aus einem vor dem 1. Oktober 1900 eingetretenen Betriebsunfalle handelte, im Hinblick auf § 27 des Hauptgesetzes vom 30. Juni 1900 geprüft, ob die Berechnung der Rente nach § 6 des landwirthschaftlichen U. V. G. vom 5. Mai 1886 oder diejenige nach §§ 8, 13 des U. V. G. f. L. und F. vom 30. Juni 1900 für den Kläger günstiger sei, und war dabei zu einer Beantwortung der Frage im letzteren Sinne gelangt. Es war davon ausgegangen, dass nach dem älteren Gesetze, bei einem behördlich festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste landwirthschaftlicher Arbeiter von 280 M., sich die Rente im gegebenen Falle auf $\frac{280.2.20}{3.100} = 37$ M. 33 Pf. berechne, indem nach § 6, Abs. 6 des L. U. V. G. vom 5. Mai 1886 zwar nicht wie nach dem neuen Gesetz der Jahresarbeitsverdienst wegen früherer theilweiser Erwerbsunfähigkeit zu kürzen, aber doch nur die durch den Betriebsunfall allein herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit zu vergüten sei; letztere war in diesem Falle auf 20 Prozent vom Arzt veranschlagt worden. Andererseits sollte nach Ansicht des Schiedsgerichts bei Anwendung des neuen Rechts gemäss § 13 des U. V. G. f. L. und F. zwar der Jahresarbeitsverdienst um den Prozentsatz der bei dem Unfalle bereits vorhandenen Minderung der Erwerbsfähigkeit — hier 50 Prozent nach ärztlicher Schätzung — gekürzt, dagegen die Theilrente aus der Vollrente nach dem Satze von $50 + 20 = 70$ Prozent berechnet worden, was $\frac{280.50}{100} \cdot \frac{2}{3} \cdot \frac{70}{100} = 65$ M. 33 Pf., also erheblich mehr ergeben haben würde.

Das Reichs-Versicherungsamt hat beide Rentenberechnungen nach Lage des Falles für unrichtig erklärt. Bei der Anwendung des älteren Rechtes ist danach, wie der Rekurs der Berufsgenossenschaft mit Recht gerügt hatte, vom Schiedsgericht übersehen worden, dass die Beschränkung der Entschädigung auf die „weitere" Schmälerung der Erwerbsfähigkeit im § 6 Abs. 6 des L. U. V. G. vom 5. Mai 1886 ausser an die Thatsache einer schon vor dem Unfalle vorhandenen theilweisen Erwerbsunfähigkeit auch an die fernere Voraussetzung geknüpft ist, dass wegen dieser bereits vorher vorhandenen Minderung der Verletzte einen geringeren als den durchschnittlichen Arbeitsverdienst thatsächlich bezogen habe. Im fraglichen Falle müsse das Rekursgericht bei Nachholung dieser vom Schiedsgericht unterlassenen thatsächlichen Prüfung zur Verneinung dieser Voraussetzung gelangen, weil der Verletzte nach der einwandsfreien Erklärung seines Arbeitgebers den Arbeitsposten eines Pferdeknechtes auf einem Rittergute gegen vollen, den festgesetzten durchschnittlichen Betrag übersteigenden Lohn bis zum Unfalle ohne fremde Unterstützung zur Zufriedenheit versehen hatte, und weil gegenüber dieser Thatsache die Annahme, er sei durch sein Alter von 50 Jahren, seine rheumatischen Beschwerden und einen gewissen Grad von Weitsichtigkeit um 50 Prozent bereits vorher erwerbsunfähig gewesen, offenbar unrichtig erscheine, vielmehr unter den gegebenen Verhältnissen der Kläger nach dem alten Recht noch als zur Zeit des Unfalles voll erwerbsfähig in dem Sinne betrachtet werden müsse, dass er den festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst durch Lohnarbeit erzielen konnte. Die Unfallsfolgen selbst — erhebliche, schweres Tragen und Heben auf der linken Seite ganz unmöglich machende Schmerzhaftigkeit des linken Schultergelenks in Folge einer Knochenverletzung — müssten mit Rücksicht darauf bewerthet werden, dass sie einen bereits nicht mehr ganz rüstigen und jugendlichen Mann getroffen hätten, welchen sie schwerer an seiner Erwerbsfähigkeit schädigten als einen kräftigeren und jüngeren Menschen. Nach altem Recht wäre also ein höherer Prozentsatz als 20 Prozent der aus dem vollen Jahresarbeitsverdienst berechneten Vollrente festzusetzen gewesen, wenn auch der Kreisphysikus Geh. Sanitätsrath Dr. K. in seinem Gutachten die „durch den

Unfall allein herbeigeführte Schädigung" nur auf 20 Prozent veranschlage; er habe darunter offenbar nur Prozente einer normalen Erwerbsfähigkeit verstanden, während nach der individuellen letzten Erwerbsfähigkeit als der hundertprozentigen Einheit zu schätzen sei. Auf der anderen Seite wird es sodann von dem Reichs-Versicherungsamt für die Anwendung des neuen Rechts als unzulässig bezeichnet, denjenigen Prozentsatz, welchen die durch den Unfall herbeigeführte Einbusse an Erwerbsfähigkeit darstellen soll, zu dem Prozentsatz, in welchem die bereits vor dem Unfall vorhanden gewesene Minderung der Erwerbsfähigkeit ausgedrückt ist, hinzuzuzählen und die Summe als denjenigen Prozentsatz der Vollrente anzusehen, welcher die zu gewährende Theilrente darstelle, wie es das Schiedsgericht gethan hatte. Durch das Zusammenzählen der für beide Schätzungen gewonnenen, sich auf ganz verschiedene Einheiten (normale und individuelle Erwerbsfähigkeit) beziehenden Prozentzahlen könne nur ein mathematisch verkehrtes und praktisch unanwendbares Ergebniss erzielt werden. Im gegebenen Falle müsse der Prozentsatz zur Minderung des Jahresarbeitsverdienstes, wenn man diese, trotz obiger Bedenken, überhaupt für zulässig erachte, im Wege freier Schätzung jedenfalls erheblich niedriger als 50 Prozent und der des Rentensatzes auf erheblich mehr als 20, aber auch erheblich weniger als 70, am richtigsten — aus näher dargelegten Gründen — auf 35 Prozent festgesetzt werden. Hiernach, so schliesst das Urtheil weiter, „ist es einleuchtend, dass bei thatsächlich und rechnerisch richtigen Ansätzen die Bestimmungen des neuen Gesetzes nicht zu einem für den Verletzten erweislich günstigeren Ergebniss führen, als die älteren Gesetzesvorschriften. Eher könnten die letzteren als vortheilhafter erachtet werden, weil sie eine genaue Aussonderung des Einflusses älterer Schäden auf die Erwerbsfähigkeit von den eigentlichen Unfallsfolgen für den hier gegebenen Fall nicht nothwendig machen, in welchem der Verletzte noch den festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst gewöhnlicher landwirthschaftlicher Arbeiter bis zum Unfalle thatsächlich verdient hat. Es ist daher die Entschädigung des Klägers gemäss der Regel nach den Vorschriften des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes vom 5. Mai 1886, unter dessen Herrschaft der Unfallschaden eingetreten ist, zu bemessen.

Die angemessene Rente wird sodann auf

$$280 \cdot \frac{66^2/_3}{100} \cdot \frac{35}{100} = 65 \text{ M. } 63 \text{ Pf. beziffert.}$$

An einer anderen Stelle hat das R. V. A. sich mit der Frage beschäftigt, ob es möglich sei, zu einer richtigen Rentenbemessung auf der Grundlage einer in Normalprozenten vorgenommenen ärztlichen Schätzung der Unfallsfolgen in der Weise zu gelangen, dass an die Stelle des vom Arzt angegebenen Prozentsatzes derjenige gesetzt wird, welcher dem Verhältniss des ersteren zu dem beim Unfalle noch vorhandenen Theile der normalen Erwerbsfähigkeit als der Einheit entspricht. Zu diesem Verfahren waren einige Schiedsgerichte und Berufsgenossenschaftsorgane in richtiger Erkenntniss der Unmöglichkeit, die Rente lediglich nach dem Ausfall an normaler Erwerbsfähigkeit zu bemessen, kurzer Hand übergegangen; sie hatten also, falls der Arzt die vorausgegangene Minderung der Erwerbsfähigkeit auf 50 Prozent, die weitere durch den Unfall verursachte auf 30 Prozent, die verbliebene also auf 20 Prozent der normalen angegeben hatte, die Vollrente bei einem Jahresarbeitsverdienst von 500 M. auf

$500 \cdot \frac{50}{100} \cdot \frac{2}{3}$, und die zu gewährende Theilrente auf

$$500 \cdot \frac{50}{100} \cdot \frac{2}{3} \cdot \frac{30}{50} \text{ oder } 500 \cdot \frac{50}{100} \cdot \frac{2}{3} \cdot \frac{60}{100}$$

berechnet. Dieses Verfahren hat das R. V. A. rechnerisch als einwandsfrei bezeichnet, dagegen aber das praktische Bedenken erhoben, dass im einzelnen Falle thatsächlich der Unterschied der beiden Schätzungen oft nicht genau dem mathematischen Verhältniss entsprechen werde. Es hat deshalb empfohlen, dahin zu wirken, dass bereits die grundlegende Schätzung unmittelbar in Prozenten der individuellen, vor dem Unfalle letzten Erwerbsfähigkeit erfolge.

Diesem Wunsche wird man sich eben so anschliessen müssen, wie den mitgetheilten rechtlichen Ausführungen der Behörde. Wenn die Arbeit für den mit der Begutachtung betrauten ärztlichen Sachverständigen dadurch auch zweifellos erschwert wird, schon deshalb, weil er nicht die durch die Praxis herausgebildete Gebrechenstaxe unverändert benutzen kann, so wird doch andererseits die vom Gesetz gewollte Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse bei der Entschädigungsfeststellung dadurch allein erreicht, und die Gefahr einer Versteinerung der Rechtsprechung vermieden, die bei der Schätzung in Normalprozenten trotz scheinbarer Gleichmässigkeit zu Ungerechtigkeiten im Einzelnen führen muss.

Sektionsbefund bei Vergiftung mit sog. Frankfurter Essigessenz (80 prozentiger Essigsäure) nebst Bemerkungen über den freien Handelsverkehr derselben.

Von
Dr. Emil Schäffer,
Grossherz. Kreisarzt in Bingen.

Vorbemerkung.

Der 60 jährige B. von A. trank am 18. Januar 1902 Nachmittags $^1/_2 5$ Uhr nach approximativer Schätzung nicht ganz $^1/_8$ Liter unverdünnter Frankfurter Essigessenz.

Die auf das laute Jammern und Stöhnen des Mannes herbeieilenden Angehörigen fanden den Mann vor Schmerzen sich krümmend auf dem Boden liegend, er verlangte Milch und Wasser zu trinken, die frisch geöffnete Flasche, in welcher von dem Verein für chemische Industrie in Frankfurt 80 prozentige Essigsäure unter dem Namen Frankfurter Essigessenz in den Handel gebracht wird, stand auf dem Tisch, ein Trinkglas daneben. Es fehlte etwa $^1/_8$ Liter; in dem Trinkglas befand sich noch etwas Essigessenz, wie die als Zeugin vom Gericht vernommene Tochter des Verstorbenen angab.

Nach meinen Ermittlungen hat der Mann einige Zeit nach dem Genuss der sog. Essigessenz schwarze, „wie gestocktes Blut" aussehende Massen erbrochen, er befand sich fortwährend in höchster Unruhe und „wusste vor Schmerzen nicht, wie er sich legen sollte", wie mir ein Augenzeuge berichtete. Nach etwa einer Stunde begann er sichtlich zu verfallen, zeigte kalten Schweiss auf der Haut, das Bewusstsein verlor er nicht, ebensowenig hatte er Krämpfe. Die Athmung war nach Mittheilung der Angehörigen sehr schwer und angestrengt, gegen 8 Uhr Abends entleerte er eine geringe Menge blutigen Urins. Ehe ärztliche Hilfe erschien, war B., 6 Stunden nach dem Genuss der sog. Essigessenz, todt.

Sektionsbefund.

1. Ausgedehnte blauviolette Todtenflecke am ganzen Körper.

2. Sklerae deutlich gelb. Punktförmige Blutungen in den Bindehäuten der Augen.

3. Hochgradige weissgraue Verätzung und Erweichung der Lippenschleimhaut, des Zahnfleisches, der Schleimhaut der Wangen und der ganzen Mundhöhle.

4. Starke Verätzung der Speiseröhre.

5. Verätzungen des Kehlkopfes mit starker gallertiger Durchtränkung der Schleimhaut.

6. Ausgedehnte, weiche Verätzung des Magens. Die ganze hintere Wand und die Gegend des Pförtners schmutzig graubraun, vollständig durchweicht, die Schleimhautoberfläche stark gewulstet und bucklig; beim Einschneiden erweisen sich die Niveaudifferenzen bedingt durch umfangreiche, bis zu 2 cm dicke Blutungen in der Schleimhaut mit flächenhafter Ausdehnung. Die Gefässe sind prall ausgestopft mit rothbraunen, geronnenen Massen. Geschwürsbildungen am Magen bestehen nicht.

Im Magen geringe Mengen eines scharf nach Essigsäure riechenden, schwarzbraunen dünnen Breies, mit stark saurer Reaktion.

7. Auch im Zwölffingerdarm massenhaft Blutungen in der Schleimhaut, wenn auch nicht in dem Umfang wie im Magen.

8. Die beiden Nieren zeigen im Wesentlichen gleiches Verhalten. Sie sind sehr voluminös (15 : 9 : 6), die Kapsel stark gespannt, das Organ von weicher Konsistenz, die Rindensubstanz locker und gequollen, Knäuel und besonders Markstrahlen heben sich stellenweise durch ihren nahezu schwarzen Farbenton von dem übrigen, mehr heller gehaltenen Gewebe ab. Die Rinde hat durch unregelmässig begrenzte, roth- bis schwarzbraune Stellen, die mit gelblichweissen und blassgrauen abwechseln, ein bemerkenswerth fleckiges Aussehen. Die Pyramiden sind dunkel-bläulich-roth und erscheinen durch braunschwarze, gegen die Papille konvergirende bandartige Streifen radiär gestrichelt.

Im Nierenbecken punktförmige Blutungen.

8. In der Harnblase etwa 50 ccm blutrothen, stark flockigen Urins; ausgesprochene alkalische Reaktion.

9. Der Bauchfellüberzug ist durchweg blauviolett verfärbt.

10. Milz (14 : 8 : 7), mit glatter, prall gespannter Kapsel, Organ derb, auf dem Durchschnitt dunkelbraun und blauroth, sehr blutreich.

11. Leber makroskopisch ohne bemerkenswerthen Befund.

12. Das Blut ist flüssig, lackfarben, in dünnen Schichten auffallend roth.

13. Der Leiche entströmt ein scharfer, stechender Essiggeruch.

Bei Zusatz von Eisenchlorid zu dem Destillat des Mageninhalts tritt durch Bildung von essigsaurem Eisenoxyd eine tiefweinrothe Färbung ein.

Mikroskopischer Befund.

I. Blut. Gute Geldrollenbildung. Sehr viele, z. Th. stark abgeblasste, z. Th. total entfärbte, wie ausgelaugte Blutkörperchen. Viele Blutkörperchen sind stark geschrumpft, andere zu blassen, nahezu farblosen, kugligen Gebilden aufgequollen. Anderweitige Gestaltveränderungen waren nicht zu konstatiren.

Beim Stehenlassen einer dem Herzen entnommenen Blutmenge färbt sich das Blutserum intensiv roth.

Das Blut zeigt spektroskopisch die Absorptionsstreifen des Hämoglobin. Zersetzungs- oder Umwandlungsprodukte aus Oxyhämoglobin, insbesondere Methämoglobin wurden nicht nachgewiesen. (Als Kontrolblut wurde Rinderblut mit Ferricyankali benutzt.)

II. Urin. Stark alkalische Reaktion; enthält Eiweiss, Hellersche Blutprobe positiv. Das Sediment besteht zum grössten Theil aus feinkörnigem, braunrothem Farbstoff, zum Theil in Tropfenform, zum Theil frei im Urin, zum grössten Theil in vollständige Ausgüsse der Harnkanälchen darstellenden Zylindern. Spärliche Epithelien.

Spektroskopisch ist in dem durch schwache Natronlauge gelösten Harnsediment nach Filtration Hämoglobin nachzuweisen.

III. Nieren. (Untersuchung frisch mit Gefriermikrotom,



Fig. 1.

und nach Formolhärtung und Celloidineinbettung mit den üblichen Kernfärbemethoden): Fleckweise Nekrose der Epithelien mit vollem Verlust der Kernfärbbarkeit, sowohl an

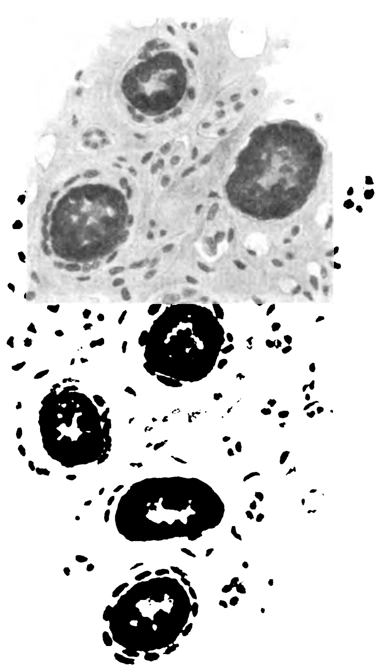


Fig. 2.

den Knäueln wie an den Epithelien der schleifenförmigen Kanäle und Abflussröhren. Die Harnkanälchen sind förmlich ausgestopft mit Hämoglobinmassen, die theilweise noch deut-

lich Tropfenform erkennen lassen, theils zu umfangreichen Zylindern zusammengeflossen sind (Fig. 1). Das Epithel der Kanälchen ist im Ganzen erhalten, in Folge der prallen Ausstopfung des Lumens der Kanälchen stellenweise vollständig abgeplattet (Fig. 2).

In den Schlingen der glomeruli ist wenig Blut, in einzelnen stärkere Anhäufung von Hämoglobintropfen. Die Verhältnisse im Kapselraum zeigen nichts Besonderes.

An den mit Doppelfärbung behandelten Präparaten tritt eine auffallend starke Quellung des Nierenstroma hervor. Auch die Kerne in Stroma zeigen nicht durchweg gleichmässige Färbbarkeit.

Es handelt sich um einfache Quellung, nicht etwa um Exsudat, dies beweist die Abwesenheit der kleinzelligen Infiltration, auch die Weigertsche Fibrinfärbung war negativ.

IV. Leber ohne erheblichere Hämoglobinablagerung im interacinösen Gewebe,

V. Magen. Die Epithelschicht ist erhalten, jedoch ist die Form der einzelnen Epithelien ganz unkenntlich. Die Epithelien erscheinen in eine körnige Masse von verschiedener Dicke zusammengeballt, untermischt mit rothen und weissen Blutzellen.

Die Magendrüsen sind kaum mehr in groben Umrissen zu erkennen, das Bindegewebslager ist auffallend verbreitert und die einzelnen Züge hochgradig gequollen, ebenso die Muskelfasern.

Bei der Weigertschen Fibrinfärbung sind in den Blutmassen im Gewebe und in den Gefässen nur ganz vereinzelte Fibrinfäden nachzuweisen.

Tiefer reichende Defekte lassen sich in der Schleimhaut auch am mikroskopischen Präparat nicht finden.

Resümire ich, so zeigte der Mann bei Lebzeiten die Zeichen schwerer Vergiftung; unter rapidem Kräfteverfall trat nach sechs Stunden der Tod ein. Bei der Sektion wurde im Wesentlichen konstatirt: Hochgradige weiche Verätzung der Verdauungswege und der oberen Luftwege, umfangreiche Blutungen im Magen und Zwölffingerdarm, schwere toxische Nierendegeneration, hochgradige Hämoglobinämie und -urie.

In der Literatur finden sich nur spärliche Mittheilungen über akute Essigsäurevergiftung beim Menschen. Schuchardt[1]) hat bis 1882 im Ganzen sechs Fälle gesammelt, darunter befinden sich die zwei von Heine[5]) mitgetheilten Fälle mit tödtlichem Verlauf nach Injektion von sog. Liquor Villati in fistulöse Wunden, ein Verfahren, das vor einigen Dezennien noch in der Chirurgie Anwendung gefunden. Der Liquor Villati besteht aus Cuprum und Zinc. sulf. aa 15,0. Liqu. plumb. subacet. 30,0. und 200 Acetum. Dass es sich auch bei diesen beiden Todesfällen um Essigsäurewirkung handelte, stellte Heine experimentell fest: eine der im Liquor Villati enthaltenen Essigsäuremenge entsprechende Essigsäuredosis tödtete einen Hund nach wenigen Minuten, während eine entsprechende Menge Liquor Villati, in welcher nur die Essigsäure weggelassen war, sich als unschädlich erwies.

Bojasinski[7]) beschrieb 1892 vier weitere Fälle bei Kindern nach Genuss von Essigessenz. Neben den örtlichen Veränderungen einer stomatitis corrosiva hebt er besonders die grosse Unruhe, fahle Gesichtsfarbe, Athemnoth, Husten, tetanische Krämpfe hervor, welch letztere nach seiner Ansicht reflektorisch durch die starken Schmerzen ausgelöst werden. Ueber Sektionsbefunde macht er keine Mittheilung.

Hofmann[1]) theilt eine Vergiftung durch Essigessenz mit bei einem Epileptiker, dem während des Anfalls ein mit Essigessenz getränkter Schwamm als analepticum an den Mund gehalten worden war. Die Obduktion ergab epitheliale weissgraue Verschorfung im Mund, oesophagus, Luftwegen, ausgedehnte Schluckpneumonie. Hofmann erwähnt hierbei, dass er wiederholt epitheliale Verätzungen durch gewöhnlich als Belebungsmittel angewendeten Essig gesehen habe, u. A. bei einem asphyktischen Neugeborenen, im ganzen Schlingtraktus und im Magen, der deutlich nach Essig roch.

Hitzig[4]) beschreibt aus der Züricher Klinik eine Vergiftung mit 78 prozentiger Essigessenz bei einem 30 jährigen Mann, der am elften Tag, wenn auch noch nicht genesen, aus dem Spital entlassen werden konnte. Hitzig hat zuerst das Auftreten von Hämoglobinämie und -urie bei Essigsäurevergiftung beobachtet. Seine schöne Arbeit ist offenbar Marcinowski, der in dieser Zeitschrift, 1902, No. 6, einen weiteren hierher gehörigen Fall in aller Kürze mittheilte, trotz der sehr spärlichen Literatur über Essigsäurevergiftungen, unbekannt geblieben, wie aus Marcinowskis Prioritätsanspruch hinsichtlich der Hämoglobinurie hervorgeht.*)

Stumpf[6]) theilt nur den anatomischen Befund des Magens mit. Er hebt die dunkelgraue Verfärbung der Schleimhaut, die ausgedehnten punkt-, strich- und inselförmigen Ecchymosen bis zu erheblicher Grösse als bemerkenswerth hervor. In den Lehrbüchern von Böhm, Kobert, Kunkel, Kionka ist hinsichtlich des Magenbefundes bemerkt, dass Ulcerationen bei Essigsäuretoxikosen fehlen sollen und daran erinnert, dass die Essigsäure auch in konzentrirtem Zustand nicht eiweissfällend wirkt, ein Umstand, der vielleicht dieses unterschiedliche Verhalten anderen Säuren gegenüber erklären kann. In meinem Fall fanden sich ganz ausserordentlich umfangreiche, flächenhafte, bis zu 2 cm dicke Blutungen unter der Schleimhaut. Wenn ich auch bei der mikroskopischen Untersuchung keine tiefergreifenden Schleimhautdefekte konstatiren konnte, so denke ich in erster Linie nicht so sehr an eine spezifische Essigsäurewirkung, sondern nach meinem Dafürhalten war die Zeit zu kurz, als dass in dem erweichten und blutig infiltrirten Schleimhautgewebe eine Selbstverdauung durch den Magensaft bereits hätte Platz greifen können. Auffallend war bei den mikroskopischen Präparaten, die ich aus dem Magen herstellte, die ganz enorme Quellung der Submucosa und Muscularis, ein Befund, der wohl als die spezifische Essigsäurewirkung aufzufassen ist, indem die Essigsäure sehr tiefgehend erweicht und unter ihrer Einwirkung, wie ja schon aus der histiologischen Technik geläufig ist, die protoplasmatischen Substanzen stark aufquellen.

Besonderes Interesse hat der mikroskopische Nierenbefund.

Das in Folge der Blutdissolution frei gewordene Hämoglobin wird gelöst und vorzugsweise in den Henle'schen Schleifen und in den Sammelröhren ausgeschieden. Besonders im Querschnitt getroffene Tubuli lassen die von Boström[8]) (s. u.) zuerst beschriebene Tropfenform des ausgeschiedenen Hämoglobins recht gut erkennen. An anderen Stellen sind diese Tropfen zu vollständigen Ausgüssen der Kanälchen zusammengelaufen, es entstehen Hämoglobinzylinder, zwischen welchen einzelne hyaline Zylinder sitzen.

Die Hämoglobinzylinder füllen das ganze Lumen der Kanälchen prall aus, sie sind in der Papille so zahlreich, dass sie derselben ein schwarzes radiär gestricheltes Aussehen verliehen. Das Epithel ist nicht selten vollständig platt gedrückt und die Hämoglobinzylinder erscheinen in die ausgedehnten Kanälchen geradezu eingekeilt. Ich habe also für die Essigsäure ganz den gleichen Befund konstatirt, wie er z. B. für die Vergiftungen von Kali chloricum von Marchand, Sudeck, für die Lorchel (helvella esculenta) -Vergiftung zuerst von Herrn Geh. Rath Boström konstatirt worden ist, der die

*) Anm. d. Red. Einen von Wygodzinski beschriebenen Fall von Essigessenzvergiftung s. S. 15 dieses Jahrgangs. Zwei weitere Fälle s. S. 218.

Liebenswürdigkeit hatte, meine mikroskopischen Präparate einzusehen. Boström konstatirte in seinen Fällen von Lorchelvergiftung — blutkörperchenlösend wirkt die in diesem Pilz vorhandene Hevellasäure (Boström, Kobert) — neben den typischen Veränderungen in der Niere noch massenhafte Hämoglobinablagerungen in der Milz, Leber, Knochenmark und macht besonders auf das Auftreten eines hämatogenen Icterus aufmerksam. Zu Hauticterus ist es in meinem Fall, der schon nach 6 Stunden letal endete, nicht gekommen.

Auffallend war ferner die umfangreiche Nekrose der Epithelien in den Glomerulis und zum Theil in den Kanälchen, deren Kerne das Tinktionsvermögen nicht selten vollständig verloren hatten. Das dies nicht etwa unmittelbare Säurewirkung sein kann, ergiebt sich wohl schon aus der starken Alkaleszenz des Urins. Ich erkläre mir das Zustandekommen dieser inselförmigen, fleckenweisen Nekrosen folgendermassen: Die Epithelien der Knäuel und Kanälchen, als die empfindlichsten Theile der Niere, reagiren schon bei starken Senkungen des Blutdruckes sehr prompt mit Nekrose, wie bereits Leyden, Griesinger u. A. festgestellt haben. Die experimentellen Untersuchungen von Golz und Bobrik lassen ein rapides Senken des Blutdruckes als Essigsäurewirkung nicht zweifelhaft erscheinen. In den mitgetheilten Fällen von Essigsäuretoxikosen ist dementsprechend auch stets grosser Kollaps, kleiner Puls, kalter Schweiss beobachtet worden und Heine erzielte experimentell insbesondere starke Temperatursenkungen.

Die Wirkung der Blutdrucksenkung wird nach meiner Ansicht noch potenzirt durch die Verschlechterung der Zirkulationsverhältnisse in Folge der nachgewiesenen Veränderungen an den Blutkörperchen. Nach Kunkel wird das Blut in Folge der Gestaltveränderung, Auflösung, Zerfall u. s. w. der Blutkörperchen zäh und dickflüssig. Kunkel betont ferner, dass bei allen Giften, die eine Veränderung der Blutkörperchen bewirken, bei Blutdrucksenkung eine starke Verminderung, ja völlige Sistirung des Kreislaufes gerade in den einzelnen Glomerulusbezirken sehr leicht zu Stande kommen kann und führt dies auf die Gefässanordnung der arteriae interlobulares und rectae zurück. Auch andere Erfahrungen machen es wahrscheinlich, dass auf der Bahn des grossen Widerstandes durch die Glomeruli nur bei hohem Blutdruck reichlich Blut strömt. Man braucht noch gar nicht an wirkliche Verstopfung, sondern nur an Angefülltsein der Gefässe mit zähflüssigem Blut zu denken, dann wird bei Sinken des Blutdruckes an einzelnen Stellen der Kreislauf ganz aufgehoben, unterbrochen sein können. Damit stimmt auch sehr gut der mikroskopische Befund meines Falles überein, nicht die ganze Rinde ist verändert, sondern nur einzelne Stellen zwischen ganz gesunden Partieen, dieselben treten an den mit Kernfärbungsmitteln behandelten Schnitten in Form der herd- und fleckenweise angeordneten Epithelnekrose ohne Weiteres hervor.

Die Hämoglobinämie — Methämoglobin konnte ich spektroskopisch nicht nachweisen —, betrachtet Kionka als resorptive Wirkung der Essigsäure, als Folge der durch die Säureeinwirkung verursachten Verminderung der Blutalkaleszenz. Dem gegenüber erwähnt Kunkel, dass die Fettsäuren, wie Essig- und Ameisensäure, im Organismus rasch zu Kohlensäure verbrannt werden und sonach ohne Einfluss auf die Herabsetzung der Blutalkaleszenz sind. Eine Erklärung für die Hämoglobinämie bei Essigsäure-Vergiftung giebt indessen Kunkel nicht. Bemerkenswerth erscheint mir in diesem Zusammenhang die von Hitzig in seinem oben zitirten Fall von Essigsäuretoxikose konstatirte starke Vermehrung der Ammoniakausscheidung durch den Urin und Kunkel selbst schliesst aus der vermehrten Ammoniakausfuhr bei einigen Vergiftungen auf eine Verminderung der Blutalkaleszenz durch organische Säuren.

Noch einige Worte über die alkalische Reaktion des Urins in dem von mir beobachteten Fall. Die zur Fettsäurereihe gehörige Essig- und Ameisensäure werden, wie gesagt, zu Kohlensäure verbrannt und als kohlensaure Salze ausgeschieden. Daher im Gegensatz zu anderen Säuretoxikosen der neutrale oder bei grösserer Säurezufuhr, wie in meinem Fall, stark alkalische Urin (v. Jacksch). Dieses bemerkenswerthe Verhalten ist auch in den grösseren Werken über Toxikologie nicht erwähnt. Hitzig hat bei der Schilderung seines Falles eine vollständige Harnanalyse mitgetheilt, indessen vermisse ich eine Angabe über die Harnreaktion. v. Jacksch ist der Einzige, der diese Aenderung der Urinreaktion erwähnt. Er hält sie für so charakteristisch, dass man schon aus diesem Symptom behaupten kann, falls Säureverätzungen vorhanden sind, dass eine der beiden vorerwähnten Säuren eingeführt wurde.

Mir hat sich die Frage aufgedrängt, ob bei der starken Alkaleszenz des Harns nicht noch andere Momente mitwirken, so einwandfrei ja gewiss die Erklärung von Jacksch ist. Wir finden nämlich in der Regel bei Vergiftungen mit Blutkörperchen lösenden Substanzen, die also Hämoglobinämie und Hämoglobinurie machen, alkalische Harnreaktionen. Ich erinnere an die Vergiftung mit Arsenwasserstoff, Toluylendiamin, Pyrogallol und vor Allem an Kali chloricum. Für diese Substanzen nimmt Kunkel (l. c. pg. 69) an, dass durch die Aenderungen an den Blutkörperchen in den gelösten Bestandtheilen des Blutes selbst eine „solche Verschiebung" eintritt, dass danach ein alkalischer Harn abfiltrirt wird. Detailuntersuchungen nach dieser Richtung stehen jedoch noch aus.

In einigen Mitteilungen über Essigsäuretoxikosen ist auch von einer Schädigung des Zentralnervensystems durch die resorbirte Essigsäure die Rede. Diese Auffassung ist offenbar von der Heine'schen Arbeit in die folgenden übernommen worden. Betrachten wir uns aber die Erscheinungen, welche man als Schädigungen des Zentralnervensystems angeführt hat (Muskelzittern, Frösteln, rasches Kollabiren), so kann man sie doch wohl mit eben so grosser Wahrscheinlichkeit als die Begleiterscheinungen der experimentell erwiesenen Blutdrucksenkung auffassen und man braucht nicht eine spezifische Wirkung auf das Nervensystem darin zu erblicken.

Wenn Heine ausgebildete tetanische Erscheinungen an seinen Versuchsthieren beobachtete, denen er Infusion von reiner, diluirter Essigsäure in die Jugularvene machte, so kann man dies wohl kaum auf Rechnung der Essigsäure setzen. Billroth beobachtete das Gleiche bei Einspritzung von kohlensaurem Ammoniak in das Blut, Weber bei Schwefelammon und Buttersäure, wie Heine selbst zitirt. Hitzig hat beim Menschen bei Einführung per os keine tetanischen Krämpfe beobachtet und auch in meinem Falle müssen solche nach den ad hoc angestellten Ermittlungen ausgeschlossen werden. (Schluss folgt.)

Ueber zwei Fälle von Essig-Essenz-Genuss.

Von

Dr. Curschmann-Oberkaufungen.

Bei der starken Verbreitung, die die Verwendung der Essigessenz allmählich im Haushalt gewinnt, halte ich es für angebracht, auch einzelne Fälle von Schädigungen von Seiten derselben aus der alltäglichen Praxis zu erwähnen, denn gerade die Anwendung dieser starken Säure im Haushalt bedingt natürlich auch eine um so grössere Menge von Unglücksfällen, von Vergiftungen. Unglücksfälle, Verwechselungen dürften es

wohl bei Weitem sein, da eine absichtliche Beimischung zu leicht durch den starken, durchdringenden Geruch verrathen wird.

Zufälliger Weise konnte ich in rascher Folge zwei Fälle von Essigessenzgenuss beobachten (ich muss „Genuss" sagen, da der eine Fall keine eigentliche Intoxikation darstellte), und glaube, gerade diese beiden Fälle mittheilen zu sollen, da sie wohl die Extreme der Vergiftungserscheinungen vorführen.

Die erste der beiden Erkrankungen betraf einen überaus kräftigen, jungen Menschen von 25 Jahren, der im heissesten Sommer, in der Meinung, die auf dem Tische stehende Flasche enthalte Schnaps, einen gehörigen Schluck davon nahm. Doch schon beim Herunterschlucken merkte er, dass diese Flüssigkeit jeden Schnaps an Schärfe weit übertraf, er eilte, seinen Irrthum gewahr werdend, sofort an den Wassereimer und trank direkt hinterher einen bis zwei Liter Wasser, sodann will er im Laufe des Nachmittags noch 10 bis 15 Liter Wasser getrunken haben! Eine Autotherapie, die wohl ihres Gleichen sucht. — Allerdings bot dann auch der junge Mensch etwa 1 bis 2 Stunden später bei meiner Ankunft eigentlich gar keine Krankheitserscheinungen ausser einem mässigen Kratzen und Brennen im Halse und Schlunde; die Schleimhaut daselbst war demgemäss ziemlich stark geschwollen und geröthet, unterbrochen von einzelnen, weisslichen Inseln. — Auch der weitere Verlauf wies durchaus nichts Krankhaftes auf; der Patient ging nach wie vor seiner Arbeit nach. Nur die Diurese soll in der Nacht und am folgenden Tage ausserordentlich stark gewesen sein, was ja nicht Wunder nehmen kann.

Schon wenige Wochen später wurde ich zum zweiten Falle gerufen, der im Gegensatz zum ersten um so schwerer verlief. Es handelte sich um ein kräftiges, gesundes Mädchen von 4 Jahren, das, als es in der heissen Sommerzeit Nachmittags um 4 Uhr aus der Kinderschule kam, in der Meinung, der Inhalt der auf dem Tische stehenden Flasche sei Wasser, in einem unbewachten Augenblick auf einen Stuhl kletterte und einen Schluck aus der Flasche nahm. Auch hier wurde der Irrthum sofort entdeckt. Als ich jedoch etwa eine halbe Stunde später eintraf, fand ich das Kind bereits ziemlich stark somnolent, es reagirte nur auf stärkere Reize; ein Oeffnen des Mundes war nicht möglich, die Kiefer waren trismusartig auf einander gepresst. Eine lokale Inspektion der Mund- und Rachenhöhle konnte daher nicht vorgenommen werden, auch eine Magenausspülung war in Folge dessen nicht möglich, dagegen erbrach das Kind öfters spontan, wobei es die ersten Male mehrmals zu heftigem Husten kam. Die Ausathmungsluft roch schon in der Entfernung ausserordentlich stark nach Essig. — Die Somnolenz, die allmählich geradezu in Koma überging, nahm erst am nächsten Morgen, also nach zirka 16 bis 18 Stunden wieder ab; leider aber hatte das Kind während dieser Zeit Alles unter sich gehen lassen, so dass der erste Urin nicht beobachtet werden konnte. Dagegen trat am zweiten Tage für ungefähr 24 Stunden eine absolute Anurie auf, die zum Theil jedenfalls durch das Erbrechen und die aufgehobene Flüssigkeitszufuhr zu erklären war, zum grösseren Theil aber sicher durch eine toxische Nephritis verursacht wurde, denn der erste Urin enthielt dann massenhaft Eiweiss und Formelemente. Daneben etablirte sich noch eine schwere, fieberhafte lobuläre Pneumonie fast der ganzen rechten Lunge, die erst nach zirka 6 Wochen wieder verschwand. Eine Abszedirung der Lunge, die ja bei der durch die Aspiration des sehr stark sauren Mageninhalts entstandenen Schluckpneumonie zu befürchten stand, trat glücklicher Weise nicht ein. Auch von einer Stenosenbildung des Pharynx blieb das Kind auffallender Weise vollständig verschont, es konnte genau essen und schlucken wie vorher. Eine stärkere Narbenbildung war im Rachen nicht wahrnehmbar. Auch im Urin konnte ich nach Ablauf der Krankheitserscheinungen kein Eiweiss mehr konstatiren.

Es trat also hier trotz der sehr schweren Anfangserscheinungen und Komplikationen schliesslich noch ein unverhältnissmässig günstiger Ausgang ein, während im ersten Falle eine solche Verdünnung der Säure stattfand, dass sie als solche gar nicht zur Wirkung kam.

Die Anmeldepflicht der praktischen Aerzte.

Von

Dr. Felix Heymann-Berlin.

(Schluss.)

Wenn wir uns nun zur Frage der Rechtsgiltigkeit der Polizeiverordnung wenden, so war, wie die Begründung der Entscheidung besagt, die Regierung zu ihrem Erlass befugt nach § 6 f, §§ 11 und 12 des Gesetzes vom 11. März 1850 über die Polizei-Verordnung, da Gegenstand der Verordnung eine Kontrole darüber ist, ob die sich zur Praxis als Aerzte niederlassenden Personen im Besitze der gesetzlich erforderlichen Approbation sind, also eine Massregel der Fürsorge für Leben und Gesundheit ist. Auch enthalte dieselbe keine Bestimmungen, welche mit den Gesetzen oder Verordnungen einer höheren Instanz im Widerspruch stehen (§§ 12, 15 a. a. O.). Auch in formeller Beziehung erwies sich die Verordnung als giltig, insbesondere auch nach der Richtung hin, dass sie auf § 11 des Gesetzes vom 11. März 1850 Bezug nahm und im Amtsblatt der Königlichen Regierung zu E. gehörig publizirt worden war.

Nach § 6 f gedachten Gesetzes gehört zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vorschriften die Sorge für Leben und Gesundheit, die Kontrole ist also im allgemeinen gesundheitspolizeilichen Interesse eingeführt. Von mindestens gleicher Wichtigkeit im allgemeinen gesundheitspolizeilichen Interesse wäre nun aber eine Kontrole über die nicht approbirten, die Heilkunde gewerbsmässig ausübenden Personen. Zwar hat nach der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 der Kreisarzt sein besonderes Augenmerk auf diejenigen Personen zu richten, welche, ohne approbirt zu sein, die Heilkunde gewerbsmässig ausüben, und über sie unter Beihilfe der Ortspolizeibehörden und der Aerzte des Bezirkes ein Verzeichniss zu führen, welches Mittheilungen über Vorleben, Beruf, Heilmethoden und etwaige Bestrafungen enthält; auch hat er darauf zu achten, dass sie in der Ausübung der Heilkunde nicht ihre Befugnisse überschreiten. Aber eine Kontrole, wie sie für Aerzte und andere Medizinalpersonen durch die Verpflichtung zur An- und Abmeldung bei der Niederlassung, beim Umzug und bei der Aufgabe der Praxis und zum Ausweis über die Berechtigung zur Führung des Arzt- und Doktor-Titels, sowie zur Auskunftsertheilung über ihre Personalverhältnisse, über ihren Lebensgang seit der Approbation eingeführt ist — eine solche Kontrole existirt für die nichtapprobirten heilbeflissenen Personen nicht oder doch nur in einem oder einigen Regierungsbezirken der ganzen Monarchie. Wir wissen wohl, dass gegen eine solche Kontrole von ärztlicher Seite wiederholt Stellung genommen worden ist. Aber ihre Durchführung ist eine Forderung des allgemeinen Wohls. Im Uebrigen ist die Kontrole auch schon wiederholt empfohlen worden, und zwar nicht nur von juristischer, sondern auch von ärztlicher Seite. Und dass die Ortspolizeibehörden berufen sind, zu verhüten, dass sich mit der Ausübung eines bestimmten Gewerbes eine Schädigung des gemeinen Wohles verbinde, dafür käme ausser dem oben genannten Gesetz vom 11. März 1850 noch § 10, Tit. 17, Th. II. A. L.-R. in Frage, der wie folgt lautet:

„Die nöthigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung, und zur Abwendung der dem Publico, oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu treffen, ist das Amt der Polizei."

Gefahr im Sinne dieses Paragraphen ist nicht gleichbedeutend mit Nachtheil oder Belästigung; nur da, wo Leib, Leben, Gesundheit oder Vermögen eines zu Schützenden gefährdet sind, ist ein polizeiliches Einschreiten gerechtfertigt. In diesem Sinne hat sich das Oberverwaltungsgericht wiederholt ausgesprochen. Und das Gesetz vom 11. März 1850 bezweckt nur, die Bedeutung gewisser Ausdrücke im oben zitirten Paragraphen 10, Tit. 17, Th. II. A. L.-A., welche wegen ihrer Unbestimmtheit zu Zweifeln Anlass geben, festzustellen, keineswegs wollte es den Kreis polizeilicher Befugnisse über das in § 10 a. a. O. gegebene Mass hinaus erweitern.

Die Handhabung der Gewerbe- und Gesundheitspolizei fällt also in den Geschäftskreis der Ortspolizeibehörden, aber nur, insofern nicht Spezialgesetze einer höheren Instanz ein Anderes anordnen. Da könnte nun in Betracht kommen, dass der Gesetzgeber, wenn er die Ausübung der Heilkunde freigegeben und dem Publikum es überlassen hat, sich in Krankheitsfällen an eine staatlich geprüfte oder ungeprüfte Person zu wenden, es in dieser Beziehung jeder polizeilichen Bevormundung enthoben wissen wollte, eine Erwägung, die in jenem Kammergerichtsurtheil zwar nicht Berücksichtigung fand und finden konnte, wohl aber in der Judikatur des Oberverwaltungsgerichts Ausdruck gefunden hat, welches wiederholt ausgesprochen hat, dass das Mass der Anforderungen der öffentlichen Ordnung, der Sorge für Leben und Gesundheit auf dem Gebiete der gewerblichen Ausübung der Heilkunde durch die polizeilichen Vorschriften der §§ 29 und 147 No. 3 der Reichs-Gew.-O. spezialgesetzlich bestimmt und begrenzt worden ist und dass diese Grenze von der Polizeibehörde nicht überschritten werden darf (cf. Entscheidungen des Königlich Preussischen Oberverwaltungsgerichts. Bd. 17, S. 356 ff.) Wäre dem anders, dann käme man zu dem ungeheuerlichen Schluss, dass der Staat einen polizeilichen Schutz für angebracht hält, wenn das Publikum sich einer staatlich geprüften und approbirten Person anvertraut, dagegen die Sorge für Leben und Gesundheit seitens der Polizei für überflüssig erachtet, wenn das Publikum den Beistand eines ungeprüften Heilbeflissenen in Anspruch nimmt.*) Auch aus einem anderen Gesichtspunkte, der innerhalb des Bereiches des ärztlichen Standes liegt, erhellt die Absicht des Gesetzgebers, die Sorge für Leben und Gesundheit der Polizeibehörde zu nehmen und dem Publikum selbst zu überlassen. Für den Fall nämlich, dass die wissenschaftliche resp. technische Befähigung einem staatlich approbirten Arzt nachträglich verloren gegangen sei, glaubte man gezetzgeberische Fürsorge nicht treffen zu sollen, indem diesfalls das Publikum selbst sich zur Genüge schützen werde. Wogegen bei Hebammen nach einem Urtheil des Oberverwaltungsgerichts lediglich der Mangel der erforderlichen Kenntnisse resp. Fähigkeiten ein Grund zur Entziehung des Prüfungszeugnisses ist.

Auf der vorjährigen Versammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins wurde von verschiedenen Seiten darüber Klage geführt, dass die Militärärzte, welche Zivilpraxis treiben, der Meldepflicht oft nicht genügten. Dem gegenüber sei hier darauf hingewiesen, dass nach einem Erlass des Kriegsministers vom 8. Januar 1876 die gedachten Polizeiverordnungen auch auf diejenigen Militärärzte Bezug haben, welche Zivilpraxis ausüben wollen, und dass die Meldepflicht, der die Militärärzte vielfach nicht nachkamen, durch neuerlichen Erlass (vom 18. November 1882) in Erinnerung gebracht wurde.

Angeschlossen sei hier ein Erlass des Medizinal-Ministers vom 29. Mai 1888 über die An- und Abmeldung der Aerzte, welche in geschlossenen Anstalten die Heilkunst ausüben. Der Minister spricht sich dahin aus, dass nach dem Wortlaut der Verordnungen auch die Aerzte in geschlossenen Anstalten, mögen dieselben provinzialständische, kommunale, Vereins- oder Privatkrankenanstalten sein, getroffen werden, und ersucht den Oberpräsidenten, welcher aus Anlass eines speziellen Falles angefragt hatte, auf den Landesdirektor dahin einzuwirken, dass er die bei den Provinzial-Irrenanstalten angestellten Aerzte nicht hindere, der betreffenden Vorschrift der Polizeiverordnung nachzukommen. An manchen kommunalen Krankenhäusern soll, wie mir privatim bekannt geworden ist, der Usus bestehen, dass der Magistrat die neu eintretenden Aerzte auf die Pflicht der Anmeldung beim Kreisarzt besonders hinweist. Auch die an den Universitäts-Heilanstalten angestellten Aerzte sind zur Meldung verpflichtet, in Preussen ist jedoch An- und Abmeldung beim Kurator der Universität zu bewerkstelligen (cf. Rapmund-Dietrich-Schwalbe S. 63). Schliesslich sei noch eines Urtheils des Kammergerichts vom 2. Januar 1893 (Jahrbuch der Entscheidungen des Kammergerichts, Bd. 13, S. 289) gedacht, welches die Revision eines Assistenzarztes am pathologischen Universitätsinstitut für unbegründet erachtet, welcher selbständig und unter eigener Verantwortlichkeit zwei Todtenscheine ausgestellt hatte, was, ob es unentgeltlich oder gegen Entgelt erfolge, unter den Begriff der Ausübung ärztlicher Praxis falle, und da er sich beim Kreisphysikus des betreffenden Stadtkreises nicht gemeldet hatte, in den Vorinstanzen wegen Uebertretung der Polizeiverordnung zu Strafe verurtheilt worden war. Das Urtheil besagt u. A., dass die Polizeiverordnung für die Angestellten einer Universität eine Ausnahme nicht enthalte**), ferner, dass, wenn der Kreisphysikus die Meldung bisher nicht verlangt habe, dies den Angeklagten nicht straflos machen könne, und schliesslich, dass der Irrthum desselben, zur Meldung nicht verpflichtet zu sein, als auf Unkenntniss eines Strafgesetzes beruhend, nicht als Strafausschliessungsgrund gelten könne.

Wir haben oben gesagt, die Erwägung, dass der Gesetzgeber mit der grundsätzlichen Freigabe der Heilkunde das Publikum gewissermassen als grossjährig aufgefasst und von jeder polizeilichen Bevormundung auf dem fraglichen Gebiete befreien wollte, konnte in der Entscheidung des Kammergerichts nicht berücksichtigt werden. Wir wollten damit sagen, dass das Urtheil sich darauf beschränkt, die Einwendungen des Revidenten zu widerlegen, wobei es freilich einige Fragen von prinzipieller Bedeutung erörtern musste, und da dieser Einwand nicht gemacht war, hatte der Strafsenat auch keine Veranlassung, sich damit zu beschäftigen. Was noch Erwähnung verdient, ist, dass, wie der Revident richtig bemerkte, in der Preussischen Ministerial-Verfügung vom 4. September 1869, betr. die Anweisung zur Ausführung der Gew.-O., die als allgemeines Erforderniss für den selbständigen Betrieb eines jeden Gewerbes nach § 14 Gew.-O. aufgestellte Anzeige bei der Gemeinde- resp. Polizeibehörde auch für den Gewerbebetrieb eingeführt ist, für welchen die Approbation nach § 29 Gew.-O. erforderlich ist. Wenn man sich nun vor Augen hält einerseits, dass nach dem Urtheil des Kammergerichts die Ausübung der Heilkunde ein unter die Bestimmungen der

*) Spätere Erkenntnisse des Kammergerichts vermeiden diesen Schluss durch eine besondere, aber nicht einwandsfreie Auslegung des Begriffes „Arzt", worauf ich noch zurückzukommen gedenke.

**) Im Gegensatz zu der obigen Angabe im Rapmund-Dietrich-Schwalbe.

Gew.-O. fallendes Gewerbe nicht ist, auf dieses Gewerbe also § 14 Gew.-O. nicht zutrifft, und andererseits, dass die laut § 14 Gew.-O. eingeführte Anzeige nach jener Ministerial-Anweisung den Zweck hat, die Beaufsichtigung des Gewerbebetriebes nach Massgabe der Gew.-O. zu ermöglichen, so ergiebt sich auch hieraus, dass die Gew.-O. eine Beaufsichtigung der Ausübung der Heilkunde nicht eingeführt hat, womit sehr gut unsere frühere Feststellung übereinstimmt, dass die Sorge für Leben und Gesundheit, resp. die Sorge für die nöthigen Anstalten zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr dem Publikum selbst überlassen worden ist.

Sind also für die Polizeiverordnungen, welche das Meldewesen regeln, in der That sanitätspolizeiliche Gründe massgebend, deren rechtliche Basis freilich nicht ganz einwandsfrei erscheint, so können wir solche Gründe, wie das gleichfalls der Herr Regierungsmedizinalrath will, für die Feststellung der Arztlisten (für Aerztekammern etc.) nicht zugeben. Vielmehr verhält sich die Sache so, dass das für die Medizinalpersonen eingeführte Meldewesen in zweckmässiger Weise dazu benutzt wird, listenmässige Verzeichnisse der approbirten Aerzte herzustellen, welche — auch in statistischer Hinsicht — werthvolle Almanache des legitimen ärztlichen Personals darstellen und seit Geltung des Ehrengerichtsgesetzes, das ja auch das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern regelt, eine ganz eminente Bedeutung erlangt haben oder vielmehr erlangt zu haben schienen.

Die Berichterstattung über das Medizinalpersonal erfolgt in der Weise, dass die Kreisärzte an die vorgesetzten Regierungsbehörden berichten, und diese ihrerseits wieder an das Ministerium resp. an das statistische Bureau. Mit der Errichtung des Kaiserlichen Gesundheitsamts wurde dann eine Zentralstelle für das ganze Reich geschaffen, welche das gesammte Material zu einer Reichsmedizinalstatistik verarbeitet. Leider aber war bezüglich des Meldewesens und der Berichterstattung von jeher eine grosse Mangelhaftigkeit vorherrschend, an der die meldepflichtigen Aerzte nicht allein Schuld hatten. So mussten im Jahre 1853 die Bezirksregierungen von der Zentralstelle wiederholt daran erinnert werden, den vorher ergangenen Verfügungen in Betreff der an die Geheime Medizinal-Registratur einzusendenden Anzeigen über die Veränderungen im Medizinalpersonal nachzukommen, wie es andererseits nicht an Mahnungen der Regierungsbezirksbehörden an die Kreisphysiker fehlt. Im Meldewesen selbst haben sich im Laufe der Zeit natürlich auch Aenderungen vollzogen. Neben der Aufstellung und Einreichung einer vollständigen namentlichen Nachweisung des Medizinalpersonals für dasjenige Jahr, in welchem die allgemeine Volkszählung stattfand — die wohl noch heute besteht, wenigstens im Jahre 1889 noch aufrecht erhalten wurde —, war früher eine summarische Nachweisung angeordnet, die später fortfiel. Als sich dann die noch heute erfolgenden monatlichen Nachweise eingeführt hatten, wurde die jährliche Nachweisung fallen gelassen. Die Formulare für die monatlichen Nachweise sind auch zur Benutzung bei den Berichtigungen für den Medizinalkalender bestimmt worden. Nach dem Ministerialerlass vom 27. November 1886 an sämmtliche Regierungspräsidenten sollen namentlich auch die zu den Universitäten gehörigen approbirten Aerzte, sowie die Militärärzte, „wie dies leider bisher vielfach nicht geschehen ist", die erforderliche Berücksichtigung im Medizinalkalender finden. Diese beiden Aerztekategorieen sind aber nur zum Theil meldepflichtig, die erstere nur, insoweit sie ärztliche Praxis treibt, die andere nur, insoweit sie Zivilpraxis ausübt (cf. die beiden oben erwähnten Erlasse des Kriegsministers vom 8. Januar 1876 und vom 18. November 1882). Somit wurde im Jahre 1886 angeordnet, dass auch nicht meldepflichtige approbirte Aerzte in die amtliche Liste aufgenommen werden sollen. Dagegen sollte nach dem ebenfalls oben erwähnten Erlass vom 29. Mai 1888 die Unterlassung der Meldung die Nichtaufnahme in die amtliche Liste zur Folge haben, also wurde im Jahre 1888 von derselben Amtsstelle ausgesprochen, dass die Meldung Bedingung für die Aufnahme in die amtliche Liste ist.

Wir führen diesen Widerspruch nur an, weil die amtliche Liste der Veranlagung zum Aerztekammerbeitrage zu Grunde gelegt wird. Wir können uns hiernach nicht wundern, wenn der Kassenführer der Aerztekammer Berlin-Brandenburg — wie er in der Sitzung am 23. März 1901 erwähnte, abgesehen von der Unterstützung der Post- und Militärbehörden, des Berliner Polizei-Präsidiums, sowie der Präsidien von Potsdam und Frankfurt, welche ihm die Veränderungen des ärztlichen Personalstandes allmonatlich mittheilten —, wenn der Kassenführer also mit Hilfe des Börner'schen und anderer Medizinalkalender, sowie des Berliner Adressbuches für Berlin noch 64, für den Regierungsbezirk Potsdam 87 und für den Regierungsbezirk Frankfurt 12 ärztliche Mitglieder eruirt hat, die in den offiziellen Listen anscheinend nicht enthalten waren (cf. Verhandlungen der Aerztekammer, V. Wahlperiode, viertes Stück, S. 111). Dagegen können wir uns sehr wohl wundern, wenn dann der Vorstand der Kammer in der (ohne Aufforderung ertheilten) Antwort auf die Eingabe einer Reihe nicht praktizirender, approbirter Personen resp. auf den ihm darin gemachten Vorwurf, dass bei der Besteuerung seitens der Aerztekammer anscheinend mit grosser Willkür vorgegangen werde, indem eine ganz beträchtliche Anzahl von approbirten Personen, darunter auch solchen, welche seiner Zeit bei dem zuständigen Kreisarzt ihre Niederlassung angemeldet haben, zur Umlage nicht herangezogen ist — wir können, ja, wir müssen uns sehr wundern, wenn der Vorstand der Kammer hierauf antwortet, „dass einzig und allein auf Grund unserer durch die Behörden stets auf dem Laufenden gehaltenen Personallisten[1]) die Heranziehung zu den Beiträgen erfolgt ist" (cf. Verhandlungen, V. Wahlperiode, siebentes Stück, S. 231).

Unseres Erachtens kann es keinem Zweifel unterliegen, dass beide Aeusserungen, die in der „Eingabe der nicht praktizirenden Aerzte" sowohl, als auch die in der Antwort des Vorstandes der Aerztekammer, in gutem Glauben gethan worden sind. Dass eine Reihe approbirter Personen, auch solcher, die die Anmeldung beim Kreisarzt bewirkt haben, nicht herangezogen worden, ist nach dem Gesagten gar nicht unwahrscheinlich, weil sie eben nicht in der amtlichen Liste verzeichnet waren, und wenn es in jener Eingabe behauptet wird, auch glaubhaft, da man doch nicht annehmen kann, dass die Verfasser der Eingabe derartig getäuscht worden sind. Begreiflich ist andererseits die Empörung des Vorstandes, begreiflich sind die Worte des Vorsitzenden der Kammer, der mit dem Referat über die Angelgenheit betraut war, dass er „einen parlamentarischen Ausdruck für die Insinuation" nicht habe. Auf beiden Seiten ist ein Fehler gemacht worden, auf der einen die Unterstellung, als ob die ungleichmässige oder lückenhafte Veranlagung willkürlich erfolgt sei, auf der anderen die Behauptung, dass einzig und allein die amtliche Liste massgebend gewesen ist. Oder gehört die Ergänzung der Liste seitens des Kassenführers auf Grund von Medizinalkalendern und des Berliner Adressbuches auch zu den amtlichen Berichtigungen?

Aus alledem geht nur Eins hervor, was wir schon an-

[1]) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

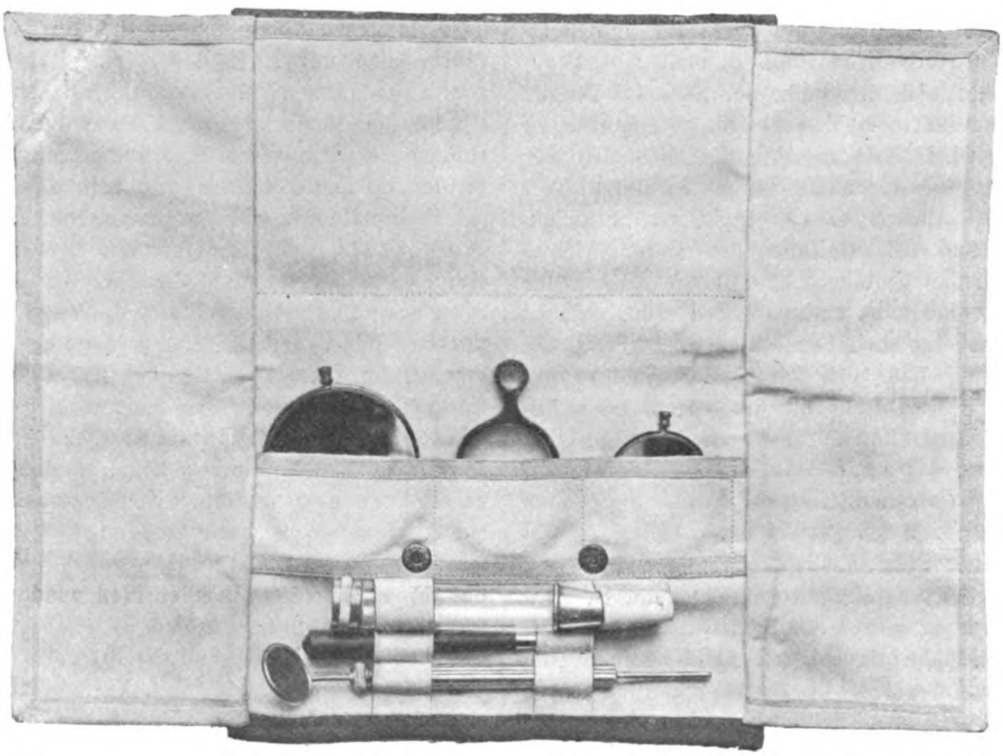
gedeutet haben, dass die amtliche Liste trotz dieser privaten Ergänzung noch mangelhaft ist. Für den Begriff einer Steuer scheint es uns aber eine conditio sine qua non zu sein, dass Alle getroffen werden, welche getroffen werden sollen — wenn auch nicht thatsächlich, so doch theoretisch. Hier scheint mir aber gar nicht einmal die theoretische Möglichkeit vorzuliegen, alle — im Sinne der Inhaber der Approbation als Arzt — steuerpflichtigen Personen zu erfassen. Wie will man z. B. einer Person, die — sagen wir — vor 40 Jahren in irgend einem Bundesstaate die Approbation als Arzt erlangt, die dann vielleicht ausgewandert ist und einen anderen Beruf ergriffen hat, nachweisen, dass sie Inhaber der Approbation ist? — ganz abgesehen von dem hier nicht zu erörternden Punkte, dass diese Art der Veranlagung nichts mehr und nichts weniger bedeutet, als die Besteuerung des Bestehens einer Prüfung.

Der Vorstand der Berlin-Brandenburger Aerztekammer ist ja, um zu einer richtigen Liste zu gelangen, beim Medizinalminister vorstellig geworden, es möchte angeordnet werden, dass die Meldungen der Aerzte auch beim Vorstand der Aerztekammer erfolgen sollen. Der Minister hat ablehnend geantwortet; ob er Gründe resp. welche er angeführt hat, ist mir nicht bekannt. Immerhin scheint mir das sicher, dass für eine derartige Anordnung die gesetzliche Grundlage ganz und gar fehlt. Der ablehnende Bescheid hat aber gar nichts zu bedeuten, weil der beabsichtigte Zweck doch nicht erreicht worden wäre. Die Meldung ist nämlich für die Veranlagungsliste gar nicht massgebend, vielmehr lediglich die Thatsache der Approbation. Nach dem Ministerial-Erlass vom 13. Juni 1901 sind „die eine ärztliche Thätigkeit nicht ausübenden approbirten Aerzte“ gleichwohl beitragspflichtig und ist eine Verzichtleistung auf die Approbation rechtlich unzulässig.[1]) Auch für die Anwendung der ehrengerichtlichen Bestimmungen des Gesetzes vom 25. November 1899 ist die An- resp. Abmeldung bei dem zuständigen Kreisarzt nicht massgebend, wie aus einem Beschluss des ärztlichen Ehrengerichtshofes vom 29. November 1901 hervorgeht. Die Erfüllung dieser lediglich im medizinalpolizeilichen Interesse und aus Gründen der äusseren Ordnung eingeführten Meldepflicht, heisst es dort, steht mit den Voraussetzungen, welche die Anwendung des Ehrengerichtsgesetzes begründen, in keinem Zusammenhange. Die Thatsache der Approbation bezw. die durch diese bedingte Zugehörigkeit zu dem ärztlichen Stande kann weder durch die Anmeldung bei dem Kreisarzte begründet, noch auch durch die Abmeldung beseitigt werden.

[1]) Ueber diese Frage habe ich mich bereits wiederholt geäussert, so in der Deutschen Juristen-Zeitung, 1901, No. 6.

Hiernach hat sich der ärztliche Ehrengerichtshof der Auffassung der Verwaltungsbehörden angeschlossen, nach der jede Person, welche die Approbation nach § 29 Gew.-O. erlangt hat, „approbirter Arzt“ ist. Diese Auffassung halte ich für rechtsirrthümlich, was ich auch bereits wiederholt vertreten habe, auch in der Deutschen Juristen-Zeitung 1901, No. 6. Die nähere Begründung meines Standpunktes muss ich mir vorbehalten; sie würde den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten, der die Meldepflicht der Aerzte zum Vorwurf hat.

Die rechtliche Basis der Meldepflicht ist, wie wir gesehen haben, keineswegs so fest begründet, wie man bisher angenommen hat, und es wäre nicht uninteressant, zu sehen, wie sich das Kammergericht jenem Einwand gegenüber verhalten würde, der vom Oberverwaltungsgericht als berechtigt anerkannt ist.



Ein kompendiöses Taschen-Besteck für Vertrauensärzte.

Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass die Meldepflicht für die Ausübung der Heilkunde im Umherziehen, die nach § 56a Gew.-O. nur den nicht approbirten Personen verboten ist, nicht eingeführt ist.

Nachtrag. Zu der Bemerkung der Redaktion dieser Zeitschrift, dass früher amtliche Quellen selbst den beamteten Aerzten unzugänglich waren, (cf. No. 10, S. 205), möchte ich nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, dass, wie sich übrigens aus dem Zusammenhange ergiebt, an jener Stelle Erkenntnisse höchster Gerichtshöfe gemeint waren, welche in den offiziellen Sammlungen der Entscheidungen publizirt sind. Gegen die Angabe von Quellen, wie der „Berliner Aerzte-Korrespondenz“ und des „Aerztl. Central-Anzeiger“ in sonst unzugänglichen Dingen lassen sich natürlich Einwendungen nicht machen, so z. B. wenn die Standesordnung eines Vereins nach der an zweiter Stelle genannten Zeitschrift wiedergegeben ist, wenngleich kein Hinderniss vorliegen dürfte, den Vorsitzenden oder Schriftführer des fraglichen Vereins um Uebermittelung eines Exemplars zu bitten.

Ein kompendiöses Taschen-Besteck für Vertrauensärzte.

Von

Dr. Wilhelm Sternberg-Berlin.

Ein jeder Versicherungsarzt hat wohl schon einmal in der Praxis den unangenehmen Uebelstand empfunden, wenn er ein oder das andere der für die versicherungsärztlichen Untersuchungen unentbehrlichen Utensilien versehentlich vergessen hatte und daher sich mit primitiven Ersatzmitteln zu helfen gezwungen war. Um so leichter konnte dies sich ereignen, als der Praktiker sonst in der allgemeinen Praxis der Hilfsmittel kaum je benöthigt, z. B. Zentimetermass oder Gläschen

zur Aufnahme des Harns. Diesem Bedürfniss ist das kleine Besteck bestimmt abzuhelfen, das in recht handlicher Form eben Alles enthält, dessen der Versicherungsarzt bedarf. Dazu gehört Ohren-, Kehlkopf- und Augen-Spiegel. — Als Lichtquelle ist eine Küchenlampe im Hause desjenigen, der sein Leben zu versichern gedenkt, in jedem Fall anzutreffen. Der Reflektor mit abschraubbarem Stil und ein Kehlkopf-Spiegel mittlerer Grösse dienen der laryngologischen Untersuchung. Die Lebensversicherungen schreiben zwar eine laryngoskopische Untersuchung nicht direkt vor, indessen kann man derselben oftmals gar nicht entbehren, wenn die diesbezüglichen Fragen gewissenhaft beantwortet werden sollen. Viele Lebensversicherungen fordern jedoch geradezu Auskunft über die Beschaffenheit des Trommelfells. Der Stiel für den Kehlkopf-Reflektor dient zugleich dem Reflektor für den Augenspiegel, eine Linse mittlerer Grösse vervollständigt den Augenspiegel. Mit einem Gläschen zur Aufnahme des Urins, einem Zentimetermass und einem Täschchen für die Formulare, ist das kleine Besteck denkbar vollständig ausgestattet, trotzdem ist es dabei so handlich in Form einer dünnen Brieftasche gehalten, dass es sicherlich manchem Versicherungsarzt grosse Dienste erweisen wird. Eben so dürfte sich das handliche Besteck sehr wohl für die Untersuchungen bei Unfallverletzten eignen, da in solchen Fällen es sich bekanntermassen sehr wohl empfiehlt, Bandmass, Augenspiegel, Ohrenspiegel und Gefäss zur Aufnahme des Harns in kompendiöser Form zur Hand zu haben.

Das Besteck ist vom Instrumentenmacher Wilhelm Tasch, Berlin N. 24, Oranienburgerstr. 27 zum Preise von 14 Mark zu beziehen.

Referate.

Sammelbericht.

Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose im Jahre 1901.

Von Dr. Curschmann, Heilstätte Oberkaufungen.

I.

Der lebhafte Kampf gegen die Tuberkulose, der die fatalistische Ergebung kaum verflossener Jahrzehnte abgelöst hat, zeigt sich auch im vergangenen Jahre in allen Gebieten wieder äusserst rege. Naturgemäss stellen die internationalen Kongresse die Höhepunkte und Zusammenfassungen der Erörterungen dar.

Ganz besonders im letzten Jahre krystallisirt sich ja sehr Vieles an die überraschenden Mittheilungen auf dem Londoner Kongress. Erst auf diesen Kongressen zeigen sich die grossartigen Dimensionen, die diese Bewegung gegen die Tuberkulose angenommen hat; hier allerdings erfahren auch die Fernerstehenden erst die Grösse der Opfer an Menschenleben, in Deutschland ca. 112000, die jedes Land der entsetzlichen Völkerseuche jährlich bringt. Und doch glaubt z. B. Kinney bereits, dass man die Tuberkulose, wenn nur erst einmal der aktive und passive Widerstand von Volk und Staat überwunden sei, vollständig ausrotten könne. Bis dieses schöne Ziel erreicht sein wird, müssen wir allerdings noch sehr mit der Tuberkulose im menschlichen Leben rechnen. Hayward zeigt sogar, nach dem Vorgang von Croner, dass das Material von Lebensversicherungs-Gesellschaften, das doch nach den ärztlichen Untersuchungen aus den Gesündesten des Volkes besteht, von der Tuberkulose wesentlich beeinflusst wird.

Wenig bekannt ist, wie Curschmann-Leipzig berichtet, dass das Vorkommen der Tuberkulose in der Marine ein sehr häufiges ist. In Hamburg und Bremen sind 38 Prozent aller Todesfälle von Seeleuten durch Tuberkulose verursacht, in Frankreich 39 Prozent; auch von England wird angegeben, dass in der Marine die Tuberkulose einen sehr hohen Prozentsatz aller Erkrankungen ausmacht, welcher, wird leider nicht berichtet. Auf eine gleichfalls über den Durchschnitt hohe Tuberkuloseziffer unter den Postbeamten Londons weist Garland hin.

Ueber die in dem Tuberkel-Bazillus gegebene Aetiologie ist kein ernst zu nehmender Widerspruch laut geworden. Dagegen sind Orth, Baumgarten und Wechsberg über die Art der primären Einwirkung des Tuberkelbazillus z. Th. verschiedener Ansicht. Bendix hat die Zusammensetzung der Bazillen chemisch untersucht. Dass diese Zusammensetzung sich aber je nach dem Nährboden ändern könne, hat Marmorek nachgewiesen, da nach ihm in flüssigen Nährböden die Bazillen der Fett- und Wachsschicht entbehren und in Folge dessen sich mit basischen Farbstoffen und nicht nach Ziehl färben. — Nach Carramus wachsen sie auch je nach ihrer Herkunft verschieden. Einen begünstigenden Einfluss auf das Wachsthum der Tuberkelbazillen hat nach C. Fränkel und Forsell der Nährstoff Heyden und Plasmon, weil hier die Tuberkelbazillen besonders rasch wachsen, während die anderen Keime etwas zurückbleiben. Andrerseits gelang es Papasotiriu nicht, das Wachsthum durch Kohlenstaub zu stören, trotzdem die Kohlenarbeiter so wesentlich geringere Morbidität und Mortalität an Tuberkulose aufweisen. Die guten Erfolge beim Ersatz des Jodoforms durch Thierkohle sind nach A. Fränkel jedenfalls nur auf die fibroplastische Wirkung der Letzteren zu beziehen. — Durch Ozon gelang es Ransome und Foulerton, das Wachsthum nur in nassem Zustande zu hemmen, nicht in trocknem. — Vespremi konstatirte, dass die Virulenz der Tuberkelbazillen am stärksten sei in Fällen von Phthisis florida, am geringsten in chronischen Fällen mit mildem Verlauf.

Neue säurefeste Bazillen sind wieder aufgefunden worden von Folli und Benvenuti bei Gangrän, von Mironescu im Stuhl Typhuskranker. Karlinski wies sogar bei 235 gesunden und kranken Personen im Nasenschleim 19 mal säurefeste Bazillen nach. Nach Neufeld und C. Fränkel giebt es verschiedene Arten von Smegmabazillen, die z. Th. näher dem Tuberkelbazillus, z. Th. näher dem Diphtheriebazillus stehen. Auch auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress kam das Verhältniss der säurefesten zum Tuberkelbazillus zur Sprache. Nur der Tuberkelbazillus ist pathogen, die anderen nicht (Hölscher, Moeller). Freymuth prüfte das Versalten der säurefesten Bazillen im Kaltblüter. — Lubarsch führt verschiedene konkrete Fälle an, wie die Diagnose durch die Anwesenheit von säurefesten Bazillen auf falsche Fährte gelenkt werden kann. Selbstverständlich ist aber diese letztere Möglichkeit als eine grosse Seltenheit anzusehen und für den in der Praxis stehenden Arzt muss es als Regel gelten, dass säurefeste Bazillen im Auswurf immer als Tuberkelbazillen zu betrachten sind; aber auch das gelegentliche Fehlen von Bazillen im Auswurf darf nicht beirren (Overy-Symes), da es bis zu 50 Prozent vorkommen kann.

Das Vorkommen echter Tuberkelbazillen ist dagegen nachgewiesen von Klemperer in der Zigarren-Hausindustrie, allerdings nur in seltenen Exemplaren. In einer weit grösseren Anzahl fanden, was besonders für die Infektionsmöglichkeit bei Kindern in Betracht kommt, Preisisch und Schütz im Nagelschmutz Tuberkelbazillen und zwar in 21 Prozent, Dieudonné im gleichen Material unter 15 Fällen dieselben 2 mal. Cacace suchte unter den zahlreichen Bakterien des Staubes in der Schule vergeblich nach Tuberkelbazillen, während H. Coates die Cornetschen Ermittlungen im

Staub aus Häusern mit und ohne Tuberkulose unbedingt bestätigt. — Bezüglich der Färbung theilt A. Müller mit, dass man die Entfärbung auch mit Kaliumperkarbonat oder alkal. Wasserstoffsuperoxyd vornehmen kann statt mit Säure. Waldvogel will überhaupt nur Entfärbung, keine Gegenfärbung anwenden, ob aber dabei die Bazillen deutlicher sichtbar werden, wie Waldvogel will, ist doch sehr zweifelhaft. Marx giebt ein Verfahren zur Färbung der Sporen an. Die Färbung elastischer Fasern mit Orcein theilt May mit, während L. Michaelis ein modifizirtes Verfahren der Weigertschen Färbung anführt.

Mit der Infektion, der Infektionsmöglichkeit und -Weise beschäftigen sich besonders Mursayew, der nachwies, dass Tauben für Vögel- und Säugethiertuberkulose empfänglich sind, und Baumgarten, der mit virulenten Bazillen von der Harnröhre aus typische ulceröse Lungentuberkulose erzeugen konnte, also in diesem Falle eine hämatogene Infektion zu Stande brachte. Für die Tuberkulose der Harnorgane nimmt Posner sowohl eine ektogene wie hämatogene Infektion an. — Bruce glaubt, dass primäre Pleuritis durch Einwanderung von Tub.-Bazillen von der Bauchhöhle durch den Lymphstrom entstehen kann. — Gloeckner führt einen Fall von seltner papillärer Tuberkulose der Cervix uteri an, der durch Uebertragung durch den Koitus zu Stande kam: der Mann hatte eine Nebenhodentuberkulose. Nach Bannister ist die Ansteckung unter Ehegatten überhaupt eine recht grosse.

Betreffs der Art der Infektion halten Flügge und seine Schüler die Tröpfcheninfektion für die gefährlichere; auch Boston und Bing machen auf die Wichtigkeit derselben aufmerksam, Letzterer fand unter 12 Fällen 3 mal nach Husten auf Objektträgern Tub.-Baz. Kirstein allerdings wies nach, dass Tub.-Baz. in Form von Tröpfchen 4—6 Tage, in Form von Stäubchen dagegen (wenigstens nach Analogie anderer Bakterien z. B. der Prodigiosus, der in Tröpfchen 24 Stunden, in Stäubchen 4 Tage lebensfähig) sich jedenfalls viel länger lebensfähig halten. (Der Versuch war in Bezug auf Tub.-Baz. noch nicht abgeschlossen). Nimmt man hierzu noch die Massenverhältnisse der in Tröpfchen bezw. im Uebrigen der Verstäubung ausgesetzten Sputum enthaltenen Tub.-Baz., so ist einleuchtend, dass für praktische Verhältnisse ganz überwiegend die Infektion durch Staub in Betracht kommt.

Wie immer, so ist auch im vergangenen Jahre ein grosser Raum der Heredität und Disposition gewidmet und wie stets, so sind auch diesmal wieder die Meinungen darüber sehr verschieden. Während Florschütz und Unterberger für Heredität und hereditäre Disposition überhaupt eintreten, konstatirte E. Müller, dass dieselbe nur in 15 % sicher nachweisbar sei; und während Rudolph und Debray festzustellen suchen, in wie weit ein hereditärer Einfluss sich geltend macht, glaubt Martius, dass der konstitutionelle Faktor vererbbar sei und hofft viel von der Aufstellung von Stammbäumen, die auch Riffel in seinen „pathogenetischen Forschungen“ bereits verwendet. Klebs behauptet sogar, unterstützt von Kraemer, dass Heredität von Seiten des Vaters noch wesentlich schlimmer sei als von Seiten der Mutter, bis 10 mal mehr. Auf die Widerlegung dieser Ansicht von Goldschmidt an den Nachkommen Tuberkulöser auf der Insel Madeira habe ich bis jetzt keine Antwort gesehen. Friedmann sucht die Infektion mit dem Sperma sogar experimentell nachzuweisen und glaubt ein positives Resultat gefunden zu haben durch die Anwesenheit von Tub.-Bazillen (nicht Tuberkeln!) im Ei, wenn er vor der Konzeption Reinkulturen von Tub.-Baz. in die Scheide brachte, während d'Arrigo bereits (für die praktischen Verhältnisse das Wichtigste!) nachwies, dass von Meerschweinchen, wenn sie direkt vor oder während der Schwangerschaft infizirt wurden, die meisten abortirten, die andern Jungen rasch nach der Geburt an Tuberkulose eingingen. Für die konzeptionelle Infektion müsste doch vor Allem der Nachweis erbracht sein, dass die Tub.-Baz. bei Lungenphthise, ohne Erkrankung der Genitalorgane, im Sperma vorkommen, bezw. also im Blute kreisen. Dass Bakterien bei Phthise im Blute vorkommen, ist doch nach der von Stadelmann im Verein für innere Medizin (Berlin) angeregten Erörterung sehr wenig wahrscheinlich; wurde doch bei dieser Gelegenheit fast allgemein betont, dass Bakterien nur in seltenen Fällen im Blut gefunden würden und auch dann nur gegen Ende des Lebens und bei schweren Fällen; Tub.-Baz. im Blute wurden überhaupt nicht erwähnt.

Die Disposition wird von Unterberger als die Hauptsache, der Tub.-Baz. als die Nebensache aufgefasst; de Giovanni nimmt besonders Missverhältnisse der einzelnen Organe unter einander als Disposition an, auch Achert plaidirt für Kleinheit des Herzens als Dispositions-Ursache und empfiehlt CO_2-Bäder in Nauheim. Während Schmorl und Freund mechanische Ursachen als disponirende Momente annehmen, Furchenbildung der Lunge bezw. Verkürzung der ersten Rippe, weist Federolf auf physische und psychische Depression als fördernd für Entstehung der Tuberkulose hin. Sokolowsky führt Vererbung, Brustfellentzündung, Alkohol und Syphilis als disponirend und Duckworth besonders die Skrophulose an, die er als ganz verschiedene, besondere Krankheit betrachtet: eine skrophulöse Diathese könne nicht geleugnet werden. Heller erlebte eine grosse Tuberkulose-Sterblichkeit unter Meerschweinchen, die von tuberkulösen Eltern stammten, als das Futter schlecht war. Lannelongue, Achard und Gaillard konnten direkt konstatiren, dass infizirte Tiere, wenn sie Arbeit leisten, Staub einathmen mussten oder schlecht ernährt wurden, leichter und schneller an Tuberkulose zu Grunde gingen als die Kontrolthiere. Auch Hueppe ist der Ansicht, dass nur die Behandlung Heilung verspricht, die zugleich die Disposition hebt. Duckworth dagegen glaubt überhaupt nicht an Heilung der Tuberkulose, sondern nur an Stillstand, wie auch Williams. Von begünstigenden Ursachen für Entstehung der Tuberkulose wurde auf dem Londoner Kongress besonders der Einfluss der Wohnung und die Anhäufung von Menschen hervorgehoben (Sykes). Van Voorweld glaubt, gestützt auf amtliches Material, behaupten zu können, dass in Davos keine erhöhte Infektionsgefahr bestehe. In England sollen windgeschützte Orte mit lockerem Boden geringere Tuberkulose-Sterblichkeit haben als andere, was allerdings nicht ohne Widerspruch geblieben ist (Gordon, Davies). — Die Behauptung Landouzy's, das Tracheotomirte und Intubirte für Tuberkulose besonders disponirt seien, konnte weder von Trumpp noch von Pfaundler bestätigt werden.

Von wesentlich grösserer Wichtigkeit und zwar ganz besonders im Hinblick auf unser Versicherungswesen ist die Frage nach der traumatischen Entstehung der Tuberkulose. Abgesehen von verschiedenen Einzelfällen (Schwarz, Rudolph, Kirchner), die z. Th. nicht einmal sicher traumatischer Natur zu sein brauchen, führt in Bezug auf die allgemeine Beurtheilung Procházka aus, dass ein Trauma, das zu einer bestehenden, wenn auch latenten Infektion hinzutritt, als ein beitragender Umstand zum Aufflammen der Erkrankung anzusehen ist und auch Jordan betont, dass es für Berufsgenossenschaften gleichgiltig sei, ob bereits Tuberkulose sonst in irgend einem Organ vorhanden sei oder nicht, da nach dem Gesetz auch ein Unfall, wenn er nur auf ein bestehendes Leiden verschlimmernd einwirke, zu einem Entschädigungs-Anspruch berechtige. Ob bei einem vollständig gesunden Organismus Tuberkulose durch Trauma entstehen könne, sei

zweifelhaft, wahrscheinlich sei es immer nur ein Manifestwerden älterer Herde. Jacob und Pannwitz gehen in dem bis jetzt erschienenen 1. Theil ihrer „Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose“ auf das Thema der traumatischen Entstehung der Tuberkulose ganz besonders intensiv ein. Sie führen aus, dass nicht nur ein einmaliges Trauma, wenn es auch einen anderen Körperteil trifft, eine Lungentuberkulose hervorrufen kann, sondern sie erweitern auch den Begriff der traumatischen Entstehung dahin, dass es nicht eine einmalige mehr oder weniger heftige, zeitlich begrenzte Einwirkung auf einen bestimmten, genau anzugebenden Körpertheil zu sein braucht, sondern auch die sich oft wiederholenden kleinen Läsionen und fortwährenden Einwirkungen, wie sie so häufig in den verschiedensten Gewerken vorkommen, verdienen nach ihnen einem einmaligen Trauma gleich gesetzt zu werden. Dass solche unzähligen kleinen Traumata, die oft direkte Läsionen der Bronchialschleimhaut darstellen, natürlich viel eher und leichter eine wirkliche Entstehung der Tuberkulose, nicht nur ein Manifestwerden älterer Herde ermöglichen, ist selbstverständlich, zweifelhaft ist nur, ob sich auch die Rechtsprechung, in diesem Falle die Auslegung des Gesetzes durch die Berufsgenossenschaften, dieser Auffassung zuneigen wird.

Eine andere, für unsere hygienischen und wirtschaftlichen Zustände äusserst wichtige Frage ist mit dem von R. Koch auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress unerwartet zur Diskussion gestellten Verhältniss der menschlichen zur thierischen Tuberkulose angeschnitten worden. Koch betont in seinem Vortrag, dass es ihm in Gemeinschaft mit Schütz nicht möglich gewesen war, Rinder mit menschlicher Tuberkulose zu infiziren, während dies mit thierischer Tuberkulose prompt und sicher eintrat, und da bei der Sektion von Kinderleichen die primäre Darmtuberkulose nur einen ganz geringen Prozentsatz ausmache, so sei auch anzunehmen, dass, wie das Thier nicht durch menschliche Tuberkulose zu infiziren sei, der Mensch auch gegen Thiertuberkulose unempfänglich sei. Es sollte also der Bacillus der Perlsucht ein dem Tuberkelbacillus sehr ähnlicher, aber trotzdem verschiedener Organismus sein. Man könne daher die Massregeln gegen die Rindertuberkulose zum grössten Theile fallen lassen.

Dass die Bazillen der Thiertuberkulose in Milch und Butter vorkommen, ist auch neuerdings wieder verschiedentlich nachgewiesen (Tobler, Herr, Bujvid), während andere vergeblich danach gesucht haben (Tonzig, Markl). Dieselben gehen allerdings, wie auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress konstatirt wurde, fast ausschliesslich bei Eutertuberkulose in die Milch über.

Ob nun wirklich menschliche und thierische Tuberkulose verschieden sind, darüber sind zunächst natürlich die Meinungen getheilt. Baumgarten glaubt nicht, dass die Rindertuberkulose eine grosse Gefahr für den Menschen darstelle, unter Anführung von thatsächlich ohne Erfolg vorgenommenen Uebertragungen von Perlsuchtbazillen auf den Menschen bei bösartigen Geschwülsten. Auch Biedert ist von der Unschädlichkeit überzeugt. Mazyk P. Ravenel hält die beiden Bazillen für verschieden und will sogar die einzelnen Arten nach ihrem Wachsthum in der Kultur unterscheiden können; auf alle Fälle seien die Bazillen thierischen Ursprungs virulenter, aber in hohem Grade pathogen für den Menschen. Virchow drückt seine Befriedigung aus, dass endlich seine Ueberzeugung von der Verschiedenheit beider Bazillenarten anerkannt werde. Dagegen führt Grawitz aus, dass, trotz der mikroskopisch und makroskopisch verschiedenen Struktur beider Erkrankungen, die Ursache dieselbe sein könne. Auch Hueppe ist von der Einheit beider Arten überzeugt und glaubt nur, dass die Virulenz eine verschiedene sei. Gottstein weist aus der Statistik nach, dass die Tuberkulose der Erwachsenen, die wenig Milch trinken, seit 20 Jahren in Abnahme begriffen ist, die Tuberkulose der Kinder dagegen nicht. Für die Infektion der Letzteren muss demnach noch eine andere Quelle bestehen, die für Kinder in der Ernährungs-Infektion nahe liegt, während bei Erwachsenen diese Infektion sehr viel geringer ist. Dabei ist noch zu erwähnen, dass die Ernährungs-Infektion nicht in der Form der primären Darmtuberkulose aufzutreten braucht, sondern, wie auch Grawitz darthut, z. B. die Tonsillen als Eintrittspforte benutzen kann. Schon auf dem Tuberkulose-Kongress selbst wurde die Ansicht von Koch z. Th. lebhaft bestritten, besonders von Mc. Fadyean, der u. A. anführte, dass in England die primäre Darmtuberkulose in 29 % der Fälle bei Kindern vorkomme und trotz der Autorität Kochs wurde die Resolution angenommen, zunächst bis zur weiteren Prüfung des Gegenstandes alle Vorsichtsmassregeln gegen Rindertuberkulose beizubehalten. Ja, es wurde bereits auf dem Kongress über einzelne Fälle berichtet, in denen es trotzdem gelungen war, menschliche Tuberkulose auf Rinder und Kälber zu übertragen (Crookshand, Thomassen, Delépine). Schwabe macht wahrscheinlich, dass ein ganzer Viehstand durch einen tuberkulösen Wärter mit Tuberkulose infizirt wurde. Arloing will nicht weniger als 23 Rinder, Kälber und Ochsen mit menschlicher Tuberkulose erfolgreich geimpft haben und Behring soll (nach Tagesblättern) bei Gelegenheit des Nobel-Preises sogar gesagt haben, dass Rindvieh leicht mit menschlicher Tuberkulose zu infiziren sei. — Andererseits berichten Loeffler, Heller und Stutzer über einzelne Fälle, in denen mit der grössten Wahrscheinlichkeit Tuberkulose vom Vieh auf den Menschen übertragen wurde. Grünbaum konnte Chimpansen, der dem Menschen relativ nahestehenden Affenart, leicht thierische Tuberkulose einimpfen.

Nach Allem scheint thatsächlich nur vielleicht ein Unterschied in der Virulenz beider Bazillenarten vorhanden zu sein, und es ist jedenfalls, wie auch Ostertag ausführt, bis zur Erbringung des sicheren Beweises durch zahlreiche Versuche an den seitherigen Massregeln gegen Rindertuberkulose festzuhalten. Loeffler, trotzdem er menschliche und thierische Tuberkulose für verschiedenen Ursprungs hält, will an der Hygiene der Milchversorgung nichts geändert haben, da ja die Milch auch sonstige Keime und Krankheiten sehr leicht zu verbreiten vermag.

Tuberkelbazillenfreie Milchversorgung beschreiben Niven und Hope. Sonst giebt man hauptsächlich dem Pasteurisiren mit nachfolgender Abkühlung den Vorzug, da die Milch durch Sterilisiren zu viel an Geschmack verliert (Küster, Johannsen, Sladen, Barthel und Stenström).

In künstlichen Nahrungsfetten konnte Moeller in der Sana wiederum, trotzdem Michaelis für deren Freisein von Tub.-Bazillen eintritt, in verschiedenen Fällen Tub.-Bazillen nachweisen. — Die Sterilisation der Speisefette giebt nach Moeller (bei künstlichem Zusatz von Tuberkulose-Bazillen) selbst bei Erhitzung auf 95 % noch kein sicheres Resultat, während Gottstein und Michaelis schon mit 87 % dasselbe erreicht zu haben glauben.

Die Untersuchung des Fleisches haben sich Stroscher und Tumpowski zur Aufgabe gemacht und hat Ersterer nachgewiesen, dass im Allgemeinen Millionen von Keimen im Fleisch enthalten sind, Letzterer, dass etwa in der Hälfte auch pathogene dabei sind.

Ueber Milch- und Fleischinfektion haben Jacob und Pannwitz in ihrem bereits erwähnten Werk sehr ausführlich sich verbreitet.

Unter den für Tuberkulose disponirenden Momenten wird

der Alkoholismus fast allgemein an hervorragender Stelle genannt. Wenn auch Neumann durch sehr exakte Versuche an sich selbst nachgewiesen hat, dass Alkohol ein Eiweiss-Sparmittel ist, so ist nach Marcuse doch völlig ausgeschlossen, dass er ein Nahrungsmittel ist und andererseits tritt der Schaden, wie Triboulet und Mathieu ausführen, so leicht ein, dass er auch als Genussmittel zu verwerfen ist. Lavarenne weist sogar nach, dass mit der Zunahme des Alkoholverbrauchs die Sterblichkeit an Tuberkulose zunimmt. Während Gruber, Laitinen und C. Fränkel experimentell den nachtheiligen Einfluss, den der Alkohol bei Infektionen an Thieren nachweisen, will Roos sogar gefunden haben, dass mit Tuberkulose infizirte Thiere, wenn sie mit Wein gefüttert würden, länger lebten als die Versuchsthiere. Und Hammer berichtet von drei Sektionen von Potatoren mit Tuberkulose, bei denen weitgehende Vernarbungsprozesse sogar im Darme gefunden wurden. Im Allgemeinen jedoch dürfte, wie Plique aus Frankreich und Kelinak aus England berichtet, der Alkoholismus als disponirendes Moment angesehen werden.

(Fortsetzung folgt.)

Allgemeines.

Fremdkörper in Verletzungen.

Von Prof. Dr. B. Kenyeres-Klausenburg.

(Arch. f. Krim.-Anthr. Bd. 8. H. 3/4.)

K.'s Aufsatz bezweckt, die Gerichtsärzte eindringlich auf die Wichtigkeit der Untersuchung von Wunden auf Fremdkörper hinzuweisen, die, wie er gefunden hat, oft vernachnachlässigt wird. Von den angeführten Fällen sind folgende nicht ohne besonderes Interesse.

Eine Prostituirte wurde durch Halsschnitt ermordet. In der Wunde fand man Rasirmessersplitter, die in die Lücken eines Rasirmessers hineinpassten, das man bei dem des Mordes Verdächtigen fand.

Zwei Bauern überfielen einen Gutsbesitzer mit Knütteln, die sie kurz vorher frisch abgeschnitten hatten. Der eine versetzte ihm einen Schlag, der dem Angegriffenen das Stirnbein zerschmetterte. Nachträglich sollte festgestellt werden, wer diesen tödtlichen Streich geführt hatte. Der eine Stock stammte von einer Buche, der andere von einem Kirschbaum. Es liess sich ermitteln, wem der eine und wem der andere gehört hatte. In der Bruchspalte der Schädelverletzung fand sich eine Holzfaser, die unter dem Mikroskop als Buchenholz erkennbar war. Damit war der Eigenthümer des Buchenstockes der tödtlichen Verletzung überführt.

Die Untersuchung von Weichtheilwunden auf Fremdkörper wird am besten derart vorgenommen, dass aus der Wunde erst die sichtbaren Fremdkörper vorsichtig entfernt werden, dann der feine Schmutz mit einem Messer abgeschabt und zwischen Objektträgern verwahrt wird. Zuletzt schneidet man womöglich die Umgebung der Wunde aus und schüttelt sie in reinem Wasser aus.

Bei Schusswunden ist die Hauptregel: auf jeden Fall das Projektil zu finden. Mit bedauerlicher Sorglosigkeit werden gelegentlich solche Fälle beurtheilt und verkannt. So wurde bei einem im Felde ermordeten Knaben eine Quetschwunde mit Bruch der Hinterhauptschuppe als Stockhieb gedeutet. In Wirklichkeit handelte es sich um einen Schrotschuss, und als nach vielen Monaten die Leiche exhumirt wurde, fielen beim Oeffnen der vernähten Obduktionswunde unter der zurückgebogenen Haut sieben Schrote hervor.

Bei einem durch das Fenster erschossenen Manne fand man im Eingang des Schusskanals halbverbrannte Papierknäuel, die, aufgeweicht, sich als Umhüllungstheile von Tabakpacketen erwiesen. Dann wurden, gegen Ende des Schusskanals, in der Achselhöhle, mehrere Stücke Hackblei getroffen. Da lebenswichtige Gefässe zerrissen waren, war jetzt der Tod vollkommen erklärt. Bei noch weiterem Suchen aber, nach Herausschälung von Rippenstücken, fand man unter dem Schulterblatt noch ein zylinderförmiges Eisenstück mit Schraubenwindungen. Schon die Zigarettenpacketstücke waren für den Angeschuldigten, der viel Zigarretten rauchte und ähnliche Stücke zu Hause hatte, gravirend. Völlig überführt aber war er, als das eiserne Projektil genau auf eine in seiner Thür steckende abgebrochene Schraube passte.

Ein Beispiel, in welchem das Fehlen des Geschosses trotz mancher verdächtigen Befunde zum Ausschluss der Schussverletzung führte, ist folgendes: Bei einem Ermordeten fanden sich eine kreuzförmige Hautwunde mit runder Ablösung der Oberhaut, ein rundes Loch im Schädel, Bleisplitterchen in der Wunde und ein Kanal in das Gehirn, in dessen Tiefe das herausgeschlagene Knochenstück ruhte. Dagegen fehlte jedes Projektil, und am vorderen Rande des Knochenloches war ein feiner Saum nach aussen gebogen. Es musste also ein Instrument aus der Wunde herausgezogen worden sein. Thatsächlich war die Verletzung mit einem bleiernen Syphon-Ausflussrohr beigebracht worden.

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Benagung der Leichen durch Insekten.

Von Dr. Stephan von Horoszkiewicz-Krakau.

(Vierteljschr. f. Ger. Med. 1902. Heft 2.)

Ein ganz junges Kind war aus unbekannter Ursache gestorben. Bei der Sektion fanden sich am Gesicht und Hals, an einer Hand und an den Geschlechtstheilen unregelmässig eingetrocknete Abschürfungsspuren, die zwar in Anbetracht des übrigen Befundes keinen Verdacht auf Erwürgung, Sittlichkeitsverbrechen oder dergl. begründeten, aber doch einer besonderen Erklärung bedurften.

Es stellte sich heraus, dass die Mutter die Leiche des Kindes kurz nach dem Tode überdeckt von schwarzen Küchenschaben gefunden hatte. Experimentell liessen sich an Leichenhaut durch den Biss dieser Thiere, welche sich mit grosser Begier darauf stürzten, ganz ebensolche Veränderungen erzielen. In der Literatur sind Fälle bekannt, in denen ähnliche Hautverletzungen irrig als absichtliche Verätzungen angeschuldigt wurden.

Ein zerkochter Ermordeter.

Von Dr. August Nemanitsch, Staatsanwalt in Marburg a. d. Drau.

(Arch. f. Krim.-Anthr. Bd. 8, H. 3 u 4)

Für den Gerichtsarzt ist an dem grauenhaften Falle hauptsächlich bemerkenswert, dass es den gemeinsamen Mördern eines Hausgenossen gelang, die Weichtheile des Körpers in einem Schweinekessel mit siedendem Wasser zu Brei zu verkochen, die Knochen dann auszuglühen und zu verreiben und so jede Spur des Verbrechens zu tilgen.

Eine neue Lungenprobe.

Von Dr. Placzek.

Aus dem Unterrichtsinstitute für Staatsarzeneikunde zu Berlin, Prof. Dr. Strassmann.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 7.)

Eine Lunge, die schon geathmet hat, zieht sich nie wieder so eng auf den Hilus zurück, wie eine foetale. Der im Pleuraraum der foetalen Lunge vorhandene Druck ist = 0, der Druck im Pleuraraum einer Lunge, welche geathmet hat, ist negativ.

Gelingt es also, diesen Druck manometrisch festzustellen, so zeigt das Ergebniss an, ob eine foetale oder lufthaltige

Lunge vorliegt. Verfasser konstruirte einen Troicart, welcher nach Unterbindung der Luftröhre und Zurückpräparirung der Haut in den Pleuraraum gestossen, wenn das Stilet zurückgezogen und ein den Eintritt der Luft durch das Troicartlumen verhindernder Hahn geschlossen wurde, vermittels eines Schlauches mit einem Quecksilber-Manometer verbunden werden kann. Steigt bei Oeffnung des Hahns das Quecksilber im zugewandten Schenkel, so hat die Lunge geathmet, der Druck im Brustraum ist negativ, bleibt das Quecksilber unbeweglich, so besteht foetale Lunge. Es ist wünschenswerth, die Probe jedesmal beiderseits auszuführen. Seelhorst.

Neurologie und Psychiatrie.

Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen.

Von Raecke.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XI. Heft 1. 2.)

An der Hand von zehn einschlägigen und ausführlich mitgetheilten Fällen aus der Frankfurter Irren-Anstalt betont V., dass trotz unleugbarer Abweichungen und Verschiedenheiten den Erschöpfungspsychosen die schwere und plötzlich einsetzende Bewusstseinstrübung (Desorientirtheit, mangelhafte Auffassung und illusionäre Verfälschung äusserer Sinneseindrücke, Störung des Gedankenablaufs, weitgehende Amnesie) gemeinsam ist. Halluzinationen und Wahnideen, die sich, wenn auch nicht regelmässig, im Beginn der Erkrankung vorfinden, sind von mehr sekundärer Bedeutung.

Diese Bewusstseinstrübung hat eine überraschende Aehnlichkeit mit der des Fieberdeliriums und des Delirium tremens, sowie den Verwirrtheitszuständen der Epileptiker. Dieser Umstand hat wohl mit dazu beigetragen, dass man als Ursache der Erschöpfungspsychosen eine durch Zerfallprodukte bedingte Autointoxikation annahm, und hat weiterhin dazu geführt, dass man demgegenüber das kausale Moment der Erschöpfung zu sehr vernachlässigte.

So charakteristische Züge auch dem Krankheitsbilde der Erschöpfungspsychosen zukommen, so übereinstimmend auch ihr Verlauf ist, so finden wir das Gleiche bei den durch infektiöse Momente verursachten Geistesstörungen; es ist nicht möglich, diese Letzteren von den Erschöpfungspsychosen klinisch scharf zu trennen. Darum empfiehlt V., beide Erkrankungsformen unter einem gemeinsamen Namen zusammenzufassen. Ernst Schultze.

Die Scheu vor fremdem Blicke.

Von W. von Bechterew.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, XXV, 1902, Märzheft.)

Verf. beschreibt als ein Symptom schwerer Neurasthenie eine Scheu vor dem Blick fremder Personen. Die Kranken können diesen nicht einmal für kurze Zeit aushalten, suchen ihm vielmehr aus dem Wege zu gehen oder suchen Schutz hinter einer dunklen Brille. Fühlen sie sich fixirt, wenden sie das Auge sofort ab. Sieht man ihnen ins Antlitz, so empfinden sie ein ausserordentliches Unbehagen, zittern, fühlen sich befangen, verwirrt, bekommen Angstschweiss und Herzklopfen; ja, sie sehen sich genöthigt, den Beruf zu wechseln. Ernst Schultze.

Ueber die Folgen fast totaler Strumectomie.

Ein Beitrag zur Lehre von der Tetanie.

Von Lundborg.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. XXI. Band. 3.—4. Heft.)

Die Folge einer Strumectomie von vier Fünftel der Glandula thyreoidea oder mehr kann eine verschiedenfache sein: entweder akute Tetanie, Tod; oder akute Tetanie, Gesundheit; oder akute Tetanie, chronische Tetanie; oder Myxödem; oder Gesundheit.

V. theilt eine einschlägige Beobachtung mit. Die weibliche Kranke war mit 11 Jahren wegen Basedow (deutliche Struma, Tremor, gewisser Grad von Tachycardie, kein Exophthalmus) behandelt; Besserung nach Jodinjektionen und elektrischer Behandlung. Verschlimmerung zur Pubertätszeit. Dann operirt: Exstirpation eines Theils des linken Lappens, dann des ganzen rechten Lappens, dann nochmalige Entfernung eines Stücks, so dass nur mehr ein kleiner Fetzen Struma zurückblieb. Wenige Tage nachher akute Tetanie mit vorübergehender psychischer Veränderung. Dann chronische Tetanie (spontan oder nach geringer Anstrengung klonische Krämpfe mit spannendem Gefühl in verschiedenen Körpertheilen). Eine später eintretende Besserung führte V. darauf zurück, dass der Rest des Thyreoidgewebes allmählich zu einer neuen kleinen Struma ausgewachsen war. Während der Periode schwillt die Struma an; dabei schlechteres Befinden der Kranken. Thyreoidintabletten führten eine deutliche Besserung herbei. Ernst Schultze.

Ueber psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns.

Von Eduard Müller.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. XXI. Band. 3.—4. Heft.)

Bekanntlich ist man geneigt, eine bestimmte charakterologische Veränderung (Neigung zu Gewaltthätigkeiten, gehässiges, heimtückisches, unverträgliches Wesen, kurz, eine ethische Depravation) als ein direktes Symptom der lokalen Schädigung gewisser Bezirke des Frontallappens aufzufassen. Es fehlt aber bei den bisherigen Krankheitsschilderungen der klinisch und pathologisch-anatomisch (Ausschluss erblicher Belastung, völlige psychische Integrität bis zur Erkrankung, Fehlen von Epilepsie, Alkoholismus, Lues, Ausschluss von diffus schädigenden Momenten, insbesondere Trauma einerseits, anderseits keine Allgemeinwirkung des Herdes, keine diffuse Rindenerkrankung) geführte exakte Nachweis, dass eine diffuse Hirnrindenerkrankung ausgeschlossen oder doch zum Mindesten unwahrscheinlich ist. Nur solche Fälle, welche diese Forderungen erfüllen, sind geeignet zur Entscheidung der Frage, ob Alterationen der Psyche irgend welcher Art auf lokaler Erkrankung des Stirnhirnes beruhen. Die bekannte Weltsche Statistik ist ungenügend; die von ihr mitgetheilte Eigenbeobachtung betrifft ein durchaus psychopathisches, an Alkoholismus chronicus leidendes Individuum, bei dem ungezwungen die psychische Veränderung auf eine diffuse Gehirnschädigung zurückgeführt werden kann.

V. fand in der Literatur keinen einzigen Fall, der zu einer Lokalisation jener psychischen Störung berechtigte.

Der eigenthümliche Humor mit Neigung zu witzelnden Bemerkungen, die Witzelsucht, kann recht verschieden bedingt sein, vor Allem durch eine Demenz, dann durch Epilepsie, durch den Einfluss chemischer Noxen, schliesslich auch durch ein Durchbrechen des ursprünglichen Naturells der Kranken in freieren Zeiten. Meist entwickelt sich die Witzelsucht auf dem Boden eines durch die Geschwulst verursachten Verblödungsprozesses; und zu dessen Entstehung disponiren besonders die Stirnhirntumoren wegen der relativ langen Krankheitsdauer und besonderen Grössenentwicklung des Tumors, dank dem Fehlen nahegelegener lebenswichtiger Zentren. Wenn besonders rechtsseitige Gehirntumoren die Witzelsucht zeigen, so erklärt sich das dadurch sehr einfach, dass Kranke mit linksseitigem Herde aphasisch werden. Stirnhirntumoren, besonders rechtsseitige, lassen keine deutlichen Lokalsymptome zu Stande kommen; und so werden die Allgemeinerscheinungen und damit psychische Störungen überhaupt, wenn nicht eine Benommenheit verkannt wird, sehr

häufig das erste klinische Symptom sein. In den Epikrisen werden die vielfachen, oft recht komplizirten Beziehungen zwischen Geschwülsten einerseits und psychischen Störungen anderseits gar zu oft vernachlässigt.

Frühzeitiges und hervorstechendes Auftreten geistiger Erkrankung weist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf das Stirnhirn hin, wenn es sich um unbelastete, vorher durchaus gesunde Individuen handelt; aber das ist dann eben ein Allgemeinsymptom. Anders ist es bei disponirten Individuen.

Ernst Schultze.

Bemerkungen zur klinischen Beobachtung der Haut- und Sehnenreflexe der unteren Körperhälfte.

Von S. Schönborn.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. XXI. Band, 3. und 4. Heft.)

Verfasser schlägt folgende kleine Modifikation des Jendrassik'schen Handgriffs als praktisch vor: Der Untersucher lässt, auf der rechten Seite des Kranken stehend, die eigene linke Hand von einer oder beiden Händen des Kranken drücken, während er mit der rechten den Reflex in gewöhnlicher Weise auslöst.

Bei hochsitzenden Querläsionen des Rückenmarks können die Patellarreflexe sowohl vorhanden und lebhaft sein als auch fehlen.

Die Wiederkehr verschwundener Patellarreflexe bei Tabes lässt daran denken, dass die Reflexe mit unseren Hilfsmitteln ursprünglich nicht auslösbar waren oder dass es sich nicht um reine Tabesfälle handelt. Die bei Tabes einmal verloren gegangenen Patellarreflexe sind ohne interkurrente anderweitige Erkrankungen des Zentralnervensystems nie wieder auslösbar.

Bei Tumor cerebelli fand Verfasser den Patellarreflex erhalten; kompletes Fehlen gehört zu den Seltenheiten.

Der Patellarreflex ist als gesteigert, nicht nur als lebhaft zu bezeichnen, wenn er auch vom periost der tibia auslösbar ist.

Zur Auslösung des Achillessehnenreflexes empfiehlt Verfasser den an der Heidelberger Klinik geübten Handgriff; der Untersucher beugt den Unterschenkel des auf dem Bauche liegenden Kranken rechtwinklig gegen den Oberschenkel und führt nun den Schlag gegen die Sehne aus; oder er führt die Prüfung, während der Kranke auf dem Bettrande, Stuhlrande etc. sitzt, an dessen freihängendem Fusse aus Es empfiehlt sich, den Fuss in geringem Grade mit der linken Hand passiv dorsal zu flektiren, etwa bis zu einem rechten Winkel.

Fussklonus findet sich u. A. relativ häufig bei manchen Neurosen, namentlich Hysterie. Doch ist der echte, organisch bedingte Fussklonus viel schwerer, häufig auch nicht durch erhebliche Gewaltanwendung zu unterdrücken; auch der einzelne Schlag ist kräftiger, ausgiebiger, die Aufeinanderfolge langsamer als bei Hysterie. Indess kann in vereinzelten Fällen der hysterische Klonus von dem mässig lebhaften, organischen Fussklonus kaum unterschieden werden.

Echten Patellarklonus sah Verfasser nie bei Hysterie.

Die drei Bauchreflexe fehlen bei Gesunden fast nie; bei Tabes sind sie häufig sehr lebhaft.

Die interessanten Bemerkungen über den Scrotalreflex können hier übergangen werden, weil dieser, wenigstens vorläufig, praktisch belanglos ist.

Hinsichtlich der Technik der Prüfung des Babinski'schen Zehenreflexes bemerkt Verf. Folgendes:

Bei möglichster Erschlaffung der Unterschenkelmuskulatur, am besten unter mässiger Beugung im Knie- und Hüftgelenk und Aussenrotation des Oberschenkels, führt man über die planta pedis nahe dem inneren Rande der Länge nach einen möglichst langen, etwa vom 1. Metatarsophalangealgelenk bis zum Calcaneus verlaufenden Strich mit dem Stiele des Perkussionshammers unter mässigem Druck.

Das Babinski'sche Phänomen ist bekanntlich dann positiv, wenn obiges Vorgehen eine träge Dorsalflexion der grossen Zehe, bisweilen auch der übrigen Zehen nach sich zieht. Charakteristisch für den Reflex ist ausser dem auffallend trägen Charakter nur die Dorsalflexion der grossen Zehe. Bei nervengesunden Leuten findet er sich nicht; es ist vielmehr das Zeichen pathognostisch für Pyramidenaffektion und gleichwerthig mit der Steigerung der Sehnenreflexe. In manchen Fällen von Läsionen der Pyramidenbahnen war Babinski nicht nachweisbar. Manchmal ist es während des epileptischen Anfalles beobachtet.

Ernst Schultze.

Ueber eine eigenthümliche Form von progressiver Muskelatrophie nach Trauma.

Von Ulrich Rose.

(Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd 71. H. 4 u. 5. S. 283—323).

Ulrich Rose berichtet über zwei Fälle eigenthümlicher Form von Muskelatrophie, bei denen der Zusammenhang mit Trauma in der Strassburger medizinischen Klinik gutachtlich bestätigt ist. Ein Arbeiter erlitt im 43. Jahr eine Verbrühung des linken Fusses und Unterschenkels mit kochendem Stearin, nahm nach 10 Wochen die Arbeit wieder auf und bemerkte nun allmählich eine Schwäche, Abmagerung und schliessliche Unempfindlichkeit des linken Beines und Armes; dazu gesellte sich drei Jahre später nach einer schwer fieberhaften, nicht genau festgestellten Gehirnerkrankung bei erhaltener Sensibilität Abmagerung der rechten Extremitäten. — Einem anderem, 52jährigen Arbeiter fiel eine angeblich mehrere Tausend Kilo schwere Drehscheibe auf das linke Bein und blieb einige Stunden liegen; gleich nach dem Unfall schwand das Gehvermögen, die Extremitäten wurden magerer und Tremor kam hinzu. Den ausführlichen objektiven Befund fasst R. dahin zusammen, dass im ersten Fall progressiver Muskelschwund ohne Ea. R. und ohne fibrilläres Zucken, dazu Hemianaesthesie, Facialistic und vasomotorische Störungen bestanden, im zweiten progressiver Muskelschwund ohne Entartungsreaktion mit fibrillär-fascikulärem Muskelzucken, Tremor der Arme und Facialisparese. Zur Entscheidung der Frage, ob die beiden vorliegenden Krankheitsbilder bei einer der bekannten auf organischer Erkrankung beruhenden Amyotrophieen unterzubringen sind oder vielmehr eine funktionelle Neurose darstellen, erörtert R. die verschiedenen zu allgemeiner Muskelatrophie führenden Krankheiten und erwähnt dabei zahlreiche auf Traumen, vornehmlich auf Unfallverletzungen beruhende Fälle aus der Literatur. Indem er die einzelnen Gruppen durchgeht, macht er schliesslich bei den funktionellen Neurosen halt und kommt nach einer Zusammenfassung unserer Kenntnisse über Muskelschwund bei Hysterie zu dem Ergebniss, dass die Symptomenkomplexe der beiden Unfallpatienten sich am ehesten in die Kategorie der funktionellen Neurosen einreihen lassen. Denn „funktionell“ schliesst nicht „hysterisch“ aus und gestattet neben der Funktionsschädigung ohne anatomische Erkrankung auch solche mit einer Gewebsläsion, deren Nachweis bei der Unzulänglichkeit unserer Methodik zwar noch nicht gelungen, aber doch zu erhoffen ist. Das klinische Bild spricht im vorliegenden Fall für keine grobanatomische Läsion des Zentralnervensystems und würde im Vergleich zu den angeführten Beispielen anderer Autoren von spinaler Muskelatrophie, Poliomyelitis u. s. w. nur einen leichteren Grad der Erkrankung darstellen. Bezüglich der Frage nach der ursächlichen Wirkung des Trauma auf die Entwicklung der Muskelatrophie prüft R. die verschiedenen Möglichkeiten und meint, für seine

beiden Fälle eine einmalige Uebermüdung, eine Erschöpfung des Zentralnervensystems, speziell des Rückenmarks, wie sie an Stelle der Erschütterung treten kann, zur Erklärung in Anspruch nehmen zu müssen. Eine gewisse Disposition des Zentralnervensystems, mag sie durch neuropathische Belastung angeboren oder durch Intoxikation, Infektion, überstandene cerebrospinale Erkrankungen, frühere spinale Kinderlähmung erworben sein, wird dabei eine Rolle spielen. Auch frühere Knochenbrüche können progressiver spinaler Muskelatrophie den Weg bereiten, und R. ist deshalb geneigt, die Thatsache, dass seine beiden Patienten Knochenbrüche früher erlitten hatten — als disponirendes Moment in Erwägung zu ziehen. —

Ziegenhagen-Berlin.

Zur Kenntniss des Symptomenkomplexes bei disseminirter Hinter-Seitenstrangerkrankung (auf Grund von Befunden in einem Fall von Meningo-Myelitis probabit luetica).

Von Dr. G. Bickeles.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 21. Band, 1. und 2. Heft.)

Der post mortem gefundenen disseminirten Seiten- und Hinterstrangerkrankung vaskulären Ursprungs entsprach schlaffe Paraplegie der unteren Extremitäten mit Parästhesien, hochgradigen Blasenstörungen und Erhaltensein der Patellareflexe, ein Symptomenkomplex, der eine frappante Aehnlichkeit mit dem von Rottmann bei primären kombinirten Strangerkrankungen beschriebenen hatte. Ernst Schultze.

Vergiftungen.

Ueber Chloroformtod durch Herzlähmung.

Von Prof. Laqueur in Strassburg.

(D. med. W. 1901, No. 7.)

Verf. verlor einen kräftigen Knaben, an dem eine Augenoperation vorgenommen werden sollte, etwa zwei Minuten nach Beginn der Chloroformdarreichung, noch während des Erregungsstadiums. Der Tod trat blitzartig unter den Erscheinungen plötzlichen Herzstillstands ein.

Die Sektion ergab eine Vergrösserung der Thymus, der Balgdrüsen am Zungengrunde und der Milz als einzige krankhafte Befunde. Der Fall schliesst sich damit andern plötzlichen Todesfällen bei „lymphatischen" Individuen mit vergrösserter innerer Brustdrüse an, die nach Ansicht des Verfassers noch immer völlig unerklärt sind.

Als praktisches Ergebniss von Erfahrungen wie den eben erwähnten empfiehlt L., Kinder und jugendliche Personen vor Narkosen daraufhin zu untersuchen, ob sie eine vergrösserte Zungentonsille haben, woraus dann der Verdacht auf vergrösserte Thymus sich ergiebt.

Ganz gut, aber soll ein positiver Befund eine absolute Gegenanzeige gegen jegliche Narkose bilden?

Ueber die Giftigkeit und Schädlichkeit einiger Theerfarbstoffe.

Von C. W. Chlopin-Dorpat.

(Zeitschr. für Unters. der Nahrung- und Genussmittel. Heft 6. 15. März 1902. S. 241).

Verfasser, der bis jetzt 34 Farbstoffe auf ihre Schädlichkeit bei innerlichem und äusserlichem Gebrauch untersucht hat, veröffentlicht seine Resultate bei zwei den Azoverbindungen angehörenden Farbstoffen, Mandarin (Orange II) und Metanilgelb (Orange M N). Für das Metanilgelb ergab der Thierversuch, und der Versuch an Menschen (Selbstversuch) dass dasselbe für Hunde in Gaben von 2 bis 3 gr täglich und für Menschen in solchen von 0,2 gr unschädlich ist.

Das Mandarin erwies sich bei Hunden schon in kleineren Gaben von 2 gr täglich als schädlich, insofern als es bei denselben Erbrechen und Diarrhoe hervorrief. Der Selbstversuch mit 0,2 gr führte bei dem Verfasser zu erheblichen Vergiftungserscheinungen, die sich in Trockenheit des Schlundes, Schwindel, Lähmungsgefühl, starkem Blutandrang nach dem Kopfe und sehr schlechtem Allgemeinbefinden äusserten und erst nach Einnehmen von Natr. sulfuricum nach einigen Stunden zurückgingen.

Verfasser kommt im Gegensatz zu Frentzel (dieselbe Zeitschrift 1901, Heft 4) zu dem Schlusse, dass das Metanilgelb wohl geeignet ist, bei seiner Aufnahme mit Nahrungs- und Genussmittteln eine schädliche Wirkung auszuüben.

Firgau.

Eine Vergiftung mit Mohnfrüchten.

Von M. L. Q. van Ledden-Hulsebosch-Amsterdam.

(Arch. f. Krim.-Anthr. Bd 8, H. 3 u. 4.)

Schon früher hat Verf. darauf aufmerksam gemacht, dass es eine verbreitete und gefährliche Unsitte ist, kleine Kinder durch Abkochungen oder Extrakte von reifem Mohn zu beruhigen. (Vergl. unseren vorigen Jahrg. S. 55.)

Er berichtet jetzt über einen neuen Fall, in dem ein 16 tägiges vorher gesundes Kind von einer Wärterin durch den Saft eines Mohnkopfs getödtet worden ist. Aus dem Blute konnte nur eine winzige Menge narcotinhaltigen Rückstandes gewonnen werden. Im Mageninhalt fanden sich mikroskopisch kleine Gebilde, die die charakteristischen Merkmale der unentwickelten Mohnsamen (kommaförmig mit netzartiger Hülle) trugen.

Gynäkologie.

Ueber ein neues Frühmerkmal begonnener Schwangerschaft und über ein Gleiches betreffs des Absterbens junger Früchte.

Von Priv.-Doz. Dr. O. Schäffer.

(Centralbl. f. Gyn. No. 50, 1901.)

S. glaubt als Frühmerkmal begonnener Schwangerschaft gefunden zu haben „eine Streifenfärbung, röthlich auf mattlividem Grunde, welche in der Gegend der Urethra oder der Aussenseite des Tuberculum vaginae meist quer oder schräg verläuft. Dieser Streifen verschwindet bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, unmittelbar nach Ausräumung des Uterus; es handelt sich also nicht um einfache Stauungen, sondern um vasomotorische Einflüsse, welche durchaus vom Leben der Frucht abhängig sind."

In Form einer vorläufigen Mittheilung berichtet S. dann noch über Veränderungen der uterinen Blutmischung während der Schwangerschaft und vor der Geburt, welche er durch physikalische und mikroskopische Blutuntersuchungen gefunden hat, und die sich zu einem Referat noch nicht eignen.

Dr. Schwarze.

Ein Fall von Vagitus uterinus.

Von Reidhaar.

(Centralbl. f. Gyn. Heft 6. 1902.)

Als Verfasser bei einer in der 34. Woche stehenden Gravida behufs Frühgeburt den Metreurynter einlegte, ertönten bei markstückgrossem Muttermund sieben deutliche Schreie des Kindes, die im Nebenzimmer gehört wurden. R. nimmt an, dass bei den Manipulationen Luft in den Uterus gelangt ist. Ausserdem sind dadurch Kontraktionen desselben und damit Störung des Plazentarkreislaufs und Venosität des kindlichen Blutes bedingt worden, die um so stärker war, als die Herzthätigkeit der Mutter eine gestörte war und Veranlassung zur Einleitung der Frühgeburt gegeben hatte. Der Fall ist

somit eine Bestätigung der Schwarz'schen Theorie, dass allein die Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure den Reiz auf das Athmungszentrum ausübt. Schwarze.

Ruptur des Uterus während der Schwangerschaft.

Von Prof. Dr. K. A. Herzfeld.

(Gesellsch. d. Aerzte in Wien 18. 10. 01. Wiener med. Woch. 1901, No. 43.)

Eine Frau, der nach ihrer vorletzten Entbindung die Gebärmutter wegen Blutungen ausgelöffelt worden war, befand sich im siebenten Schwangerschaftsmonat, als beim Teppichklopfen plötzlich heftige Schmerzen im Leibe und gleich darauf Darmblähung und Erbrechen eintraten. Wie sich herausstellte, war die Gebärmutter vorn eingerissen, und der Unterkörper des Kindes war durch den Riss herausgetreten.

Die Rissstelle erschien narbig verändert, und es ist nicht ausgeschlossen, ja wahrscheinlich, dass bei der früheren Operation die Gebärmutterwand verletzt worden und an der Verletzungsstelle mangelhaft widerstandsfähig geblieben war.

Ueber Uterusrupturen in Narben.

Von Peham.

(Centralbl. f. Gyn. Heft 4. 1902.)

Verfasser hat eine Anzahl Entbindungen beobachtet, bei welchen in vorangegangenen Geburten eine Uterusruptur stattgefunden hat. Er konstatirt die Häufigkeit von Wiederzerreissungen der Narben und von Weiterreissungen von kleineren Rissen, die bei früheren Geburten entstanden waren.

Schwarze.

Die Verwendung des Protargols zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener.

Von Piotrowski.

(Centrbl. f. Gyn. No. 31. 1901.)

P. empfiehlt auf Grund von über tausend Fällen, in denen er keine Blenorrhoe hatte, warm die auch von Engelmann ausprobirte 10 % Protargollösung. Diese hat auch keine Reizerscheinungen zur Folge und darin einen grossen Vorzug vor der 2 % Arg. nitr. Lösung. Schwarze.

Hygiene.

Die Beschäftigung von Kindern unter 14 Jahren im Kleingewerbe und in der Hausindustrie, vom gesundheitlichen Standpunkt betrachtet.

Von P. Schenk.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 34. S. 185.)

In der vorliegenden Arbeit giebt der Verfasser zunächst eine Uebersicht über die Ausbreitung der gewerblichen Beschäftigung schulpflichtiger Kinder ausserhalb der eigentlichen Fabriken. Durch die im Jahre 1898 veranstalteten Erhebungen über den Umfang gewerblicher Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken wurde die Thatsache bestätigt, dass das Königreich Sachsen und die sächsischen Herzogthümer den höchsten Prozentsatz gewerblich thätiger Schulkinder aufweisen und dass den nächst höheren Prozentsatz die Grossstädte zeigen, während die Provinzen und Länder mit vorherrschendem landwirthschaftlichen Betrieb die geringsten Zahlen aufweisen. Der grösste Theil der Kinder war in der Industrie, demnächst im Lauf- und Austragedienst, im Handel und Verkehr und in der Gast- und Schankwirthschaft beschäftigt.

Bei der Beurtheilung der Arbeitsleistung fällt neben der übermässigen Dauer der Arbeit der häufig sehr frühe Beginn und die späte Beendigung derselben erschwerend ins Gewicht. Dass die sehr geringe Arbeitsentschädigung — durchschnittlich entfällt auf die Stunde ein Lohn von 4 bis 10 Pfg. — bei den gewerblich thätigen Kindern nicht im Entferntesten die Schädigung der Gesundheit und den unschätzbaren Verlust an Arbeitskraft für das Mannesalter aufwiegt, wird eben so zugegeben sein, wie die Thatsache, dass in sehr vielen Fällen nicht die wirthschaftliche Nothlage, sondern die Gewinnsucht der betreffenden Gewerbeunternehmer und Händler, welche durch die billigen Arbeitskräfte einen höheren Gewinn erzielen, im Bunde mit dem Unverstand der Eltern an der Ausnutzung der Kinder schuld sind.

Wenn man bedenkt, dass für die gewöhnlich in gesundheitlich höchst bedenklichen Räumen betriebene Hausindustrie in erster Linie die Kinder des Wohnungsinhabers in Frage kommen, so ist klar, dass die gesetzliche Regelung der gewerblichen Beschäftigung von Kindern vor der Familie nicht Halt machen darf. Mit Rücksicht auf den § 154, Abs. 4 der Gewerbeordnung war deshalb hier eine gesetzliche Regelung nothwendig.

In seinen weiteren Ausführungen präzisirt der Verfasser seinen Standpunkt dahin, dass eine regelmässige, gewerbliche Lohnarbeit von Kindern unter 13 Jahren auch in mässigen Grenzen zu verbieten sei und dass Kinder über 13 aber unter 14 Jahren nur dann beschäftigt werden dürfen, wenn sie nicht mehr schulpflichtig sind; auf Antrag der zur Erziehung der Kinder Verpflichteten soll die Polizeibehörde nach Zustimmung des Kreis- bezw. Schularztes und des zuständigen Schulinspektors bei Kindern über 12 Jahren Ausnahmen gestatten können, mit der Einschränkung jedoch, dass im Hausirhandel, im Gast- und Schankgewerbe sowie in denjenigen Betrieben, für welche einschränkende Bestimmungen über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter erlassen sind, Kinder unter 14 Jahren auch ausnahmsweise keine Verwendung finden dürfen, bei öffentlichen Veranstaltungen nur dann, wenn ein höheres Kunstinteresse vorliegt. Klagen über Beeinträchtigung der körperlichen Entwickelung der Kinder durch gewerbliche Beschäftigung liegen namentlich aus Orten mit ausgedehnter Hausindustrie vor, und wenn aus anderen Orten über derartige Schädigungen nicht geklagt wird, so liegt das wohl überwiegend daran, dass bei diesen Feststellungen Aerzte nicht zugezogen wurden. Inzwischen sind die Kreisärzte durch den § 92 der Dienstanweisung angewiesen worden, die mit einzelnen Zweigen der Hausindustrie verbundenen gesundheitlichen Schädlichkeiten zu beachten und entsprechende Abhilfsmassregeln anzuregen, so dass für später die Beschaffung eines einwandfreien Materials erwartet werden darf. (Ref.)

Als weitere Schädigungen der gewerblichen Kinderarbeit kommen die Beeinträchtigung der geistigen Frische und Spannkraft und die sittliche Gefährdung der Kinder in Betracht.

Versuche, diesen Schädigungen im Wege der Polizeiverordnung zu begegnen, sind in einer Reihe von Städten und Bezirken gemacht worden, ohne indess einen ausreichenden Schutz gegen die gewerbliche Ausnutzung der Kinder zu gewähren. Es steht zu hoffen, dass durch die Bestimmungen des neuerdings dem Bundesrath zugegangenen Entwurfes über die gewerbliche Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken, wenn er auch nicht allen Forderungen des Verfassers Rechnung trägt, die körperliche, geistige und sittliche Schädigung des heranwachsenden Geschlechtes, die mit der Kinderarbeit unzertrennlich verbunden ist, mehr und mehr eingeschränkt werden wird, vorausgesetzt, dass die für eine energische Durchführung und Ueberwachung erforderlichen Organe zur Verfügung stehen. Roth-Potsdam.

Nachweis von extrahirtem Thee durch Sublimation.

Von A. Nestler-Prag.

(Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel. Heft 6. 15. März 1902. S. 245.)

Der untersuchte Thee bestand aus

1. bis 4 cm langen, gedrehten, mehr oder weniger gerad-

linigen Stücken: echte Theeblätter oder Fragmente derselben mit Theïngehalt und ohne Zusatz organischer Substanz.

2. Unregelmässig geknüllten oder gefalteten, sich hart anfühlenden, mitunter den unter 1. angeführten ähnlichen Theilen, welche aussen dunkelbraun, im Innern hellbraun waren, bisweilen mit glänzend brauner Aussenseite: extrahirte Theefragmente, die durch Stärkekleister zusammengehalten wurden.

3. Zahlreichen rundlichen bis erbsengrossen Gebilden mit rauher Aussenseite, aus sehr kleinen, fest zusammenhängenden Fragmenten bestehend: sehr kleine Theefragmente, zahlreiche Trichome der Theeblätter, nur geringe Mengen Theïn enthaltend.

Der Nachweis von Theïn wurde durch das Sublimationsverfahren zu führen gesucht; über dieses Verfahren findet sich Näheres in derselben Zeitschrift (1901, Heft 4, S. 189). Es gelingt damit, in ganz kleinen Theefragmenten von 0,0011 gr Gewicht das Theïn mikroskopisch durch die Feststellung der charakteristischen Nadeln nachzuweisen. Firgau.

Ueber verfälschte (künstliche) weisse Pfefferkörner.

Von J. Heckmann.

(Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel. Heft 7. 1. April, S. 302.)

Es handelt sich um eine grobe Verfälschung. Der fragliche Pfeffer bestand dem Gewichte nach aus 55,7 % unverfälschten Körnern, 43,8 % verfälschten Körnern und 0,5 % Senfsamen. Der Letztere ist als zufällige Verunreinigung aufzufassen. Die verfälschten Körner waren minderwerthige schwarze Pfefferkörner, welchen man durch eine täuschende Umhüllung aus Schwerspath, der durch beigemengten Thon gefärbt war, das Ansehen von weissen Körnern zu geben versuchte. Gleichzeitig wurde durch die Schwerspathumhüllung eine erhebliche Gewichtsvermehrung bewirkt.

Ueber eine ähnliche Verfälschung haben Fischer und Grünhagen in derselben Zeitschrift (1901, Heft 4, S. 82) berichtet. Firgau.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner psychiatrischer Verein.

Sitzung vom 15. März 1902.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

1. Herr **Rosse**-Lichtenberg: Beitrag zur Blutdruckmessung bei Geisteskranken.

Mit dem Gärtner'schen Tonometer in Verbindung mit dem Quecksilber-Manometer wurden möglichst unter denselben Bedingungen Blutdruckmessungen bei Kranken ohne schwere Herz- und Gefässaffektionen vorgenommen. R. ging von den weiblichen Sexualorganen mit ihrem physiologisch wechselnden Zustande aus und untersuchte den Einfluss der Menstruation auf den Blutdruck bei psychisch abnormen Personen, Imbecillen, Hysterischen und Neurasthenischen, deren psychische Störungen während der Menstruation in Reizbarkeit, Verstimmung, Stimmungswechsel, unbestimmten Angstzuständen mit oder ohne Halluzinationen bestanden, und welche meist dabei auch körperliche Beschwerden wie Kopfschmerz, Schwindel, Ziehen im Kreuz, Druck im Leib und Mattigkeit hatten. Diese Menstruationsbeschwerden, welche heftigere wie bei normalen Menschen sind, kämen durch die Vorstellung von den Unannehmlichkeiten der Periode bei diesen labilen Personen zu Stande und rührten von der anormalen Konstitution dieser Kranken her. Ungefähr gleichzeitig mit diesen psychischen Erscheinungen, einige Male bereits vor Eintritt derselben und der Menses wurde nun ein Ansteigen des Blutdruckes beobachtet und dieser hielt sich während und nach der Menstruation auf derselben Höhe („prae- und postmensuale Drucksteigerung“). Bei Personen ohne erhebliche Störungen während der Periode blieb der Blutdruck annähernd der gleiche wie vor der Regel. Bei den abnormen Personen kamen ausserdem rasch vorübergehende Steigerungen und physiologische Schwankungen des Blutdruckes zur Beobachtung, z. B. nach Muskelanstrengungen oder nach dem Schlaf. Durch Untersuchungen an sich selbst und anderen Personen fand R. die Angabe Gärtners, dass Muskelarbeit eine Herabsetzung des Blutdruckes bewirke, bestätigt. Am höchsten war derselbe Morgens nach dem Schlaf: Er glich sich dann allmählich wieder aus. Den Umstand, dass der Blutdruck in der Zeit der grössten Ruhe, also Nachts, ein hoher ist, könne man mit den häufigen nächtlichen Apoplexieen und Geburten zusammenbringen. Bei Erregungszuständen manischer, katatonischer, paralytischer und alkoholischer Patienten wurde dementsprechend eine wenn auch geringe Herabsetzung des Blutdruckes gefunden. Bei länger dauernden Angstzuständen wurde stets eine Erhöhung des Blutdruckes beobachtet. Nicht nur war dabei Blässe der Schleimhäute, sondern auch Röthe des Gesichts und der Hände vorhanden. Bei Krämpfen paralytischer, epileptischer, hysterischer Personen war anfangs der Blutdruck erhöht, sank aber im Verlauf des Anfalls wieder ab. Bei Paralyse nahm der Blutdruck mit zunehmendem körperlichen Verfall ab. Das Schwanken des Blutdrucks scheine bei dem Zustandekommen von Erregungen und Angstzuständen eine sekundäre Rolle zu spielen. Durch protrahirte Bäder bei erregten Kranken werde nach angestellten Versuchen eine Erhöhung des Blutdrucks erzielt, der dann einen beruhigenden Einfluss ausübe.

Herr Moeli erkundigt sich nach den Beziehungen zwischen Blutdruck und Schlaflosigkeit, welche Herr R. noch nicht studirt hat.

2. Herr **Geelvink**-Westend: Beitrag zur Anatomie der Dystrophia muscularis progressiva.

In anatomischen und mikroskopischen Präparaten, welche demonstrirt werden, wurde eine Degeneration der Muskeln, aber keine Erkrankung des Zentralnervensystems gefunden. Die zwei Fälle waren mit Geistesstörung verbunden.

Herr Jolly fragt nach der Beschaffenheit der intramuskulären Nerven, die er mehrmals intakt mit Zerfall einzelner feiner Aeste gesehen hätte.

Herr Geelvink ist geneigt, Letzteres auf die Vorbehandlung der Präparate zu beziehen.

3. Herr **Neisser**-Leubus: Ueber einen Fall von doppelseitiger motorischer Asymbolie (Apraxie).

Der wegen Herzmuskelerkrankung nicht vorgestellte Patient bekam eine Bewegungsstörung im Verlauf einer Psychose, der Art, dass er fast keine Bewegungen spontan oder auf Aufforderung hin zu Stande brachte, obwohl sie gelegentlich alle ausgeführt wurden. Auch die sprachlichen Aeusserungen waren stark behindert (transkortikale motorische Aphasie), die Fähigkeit des Nachsprechens aber gut erhalten. Es bestand Echolalie und Echokinese, indem jede Bewegung von ihm nachgeahmt wurde; ausserdem waren zeitweilig hochgradige motorische Reizerscheinungen vorhanden, Unruhe, Grimassiren, grobes Umherschlagen. Der Kranke hatte eine gewisse Einsicht in seinen Zustand. Es handle sich um eine funktionelle Störung.

Herr Moeli hat kürzlich in Herzberge einen ähnlichen Fall vorgestellt, wo es sich auch um unrichtige Ausführung aller Aufträge und eine Veränderung der Sprache handelte bei richtig erhaltenem Verständniss. Diese Zustände kämen in allen Graden, besonders bei Hysterie vor. Der Mangel an Koordination charakterisire die dabei ausgeführten Bewegungen hauptsächlich.

Herr Neisser betont, dass sich sein Fall durch die grosse Intelligenz, die Freiheit der Störung auf sensorischem Gebiet und das eigenthümliche Verhalten zwischen den nachahmenden und spontanen Bewegungen auszeichne. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Stellung der Berufsgenossenschaft gegenüber der Krankenkasse bei Wiedererkrankung eines Rentenempfängers an den Unfallsfolgen.

Von dem Reichs-Versicherungsamt sind neuerlich einige Rekursfälle zu Ungunsten einer auf Grund des § 8 des Unfallversicherungsgesetzes, jetzt § 25 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, als Klägerin aufgetretenen Ortskrankenkasse entschieden worden, in denen der Empfänger einer Unfall-Theilrente an den Folgen des Betriebsunfalls aufs Neue erkrankt und von seiner Krankenkasse im Wege der Krankenfürsorge in ein Krankenhaus verbracht worden war, ohne dass hiervon alsbald die Berufsgenossenschaft durch ihn oder die Krankenkasse benachrichtigt wurde. Als Letztere später mit Rücksicht darauf, dass der Rentenempfänger in jener Zeit völlig erwerbsunfähig und der Anstaltsbehandlung bedürftig gewesen sei, von der Berufsgenossenschaft entweder Uebernahme der entstandenen Kur- und Pflegekosten oder Ueberweisung der anstatt der Theilrente zu gewährenden Vollrente forderte, lehnte diese Beides ab, weil erst von der Anmeldung der behaupteten Verschlimmerung an das Verlangen nach höherer Entschädigung des Verletzten begründet sei. Auf den gegen das Schiedsgerichtsurtheil, welches denselben Standpunkt einnahm, von der Krankenkasse erhobenen Rekurs hat sich das Reichsversicherungsamt über die Rechtslage in einer Entscheidung vom 15. Februar 1902 folgendermassen ausgesprochen:

Allerdings ist der Rekurs wegen des Streitgegenstandes gesetzlich zulässig — § 80 Abs. 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. Denn es handelt sich um den Anspruch des Verletzten auf Vollrente für die Zeit vom 11. August bis 31. Oktober 1900, welchen die als Klägerin auftretende Krankenkasse auf Grund des § 8 des Unfallversicherungsgesetzes zur Deckung der in jener Zeit für Unterstützung des Verletzten ihrerseits aufgewendeten Beträge verfolgt. Dem Verletzten steht jedoch für jene Zeit ein Anspruch auf Vollrente nicht zu, wie die Vorinstanzen zutreffend dargelegt haben. Denn weder seitens des Verletzten noch seitens der Krankenkasse war der Antrag auf Erhöhung der Entschädigung wegen der seit dem 11. August 1900 eingetretenen Verschlimmerung der Unfallfolgen vor dem 1. November 1900 gestellt worden; erst von dieser Anmeldung des höheren Anspruchs durch einen der betheiligten Streitgenossen ab, kann aber die höhere Entschädigung verlangt werden — § 89 Abs. 3 des GewerbeUnfallversicherungsgesetzes, § 65 Abs. 3 des Unfallversicherungsgesetzes. Wenn die Ortskrankenkasse behauptet, dass sie nicht in der Lage gewesen sei, den Antrag schon vorher und alsbald nach der Uebernahme der neuen Fürsorge aus Anlass der Wiedererkrankung des Klägers zu stellen, weil ihr die genaue Kenntniss der früheren Rentensache gefehlt habe, so ist zu bemerken, dass es einer genauen Kenntniss der Unfallversicherungssache dazu nicht bedurfte. Es genügte vielmehr, durch Befragung des Wiedererkrankten festzustellen, ob und von welcher Berufsgenossenschaft er eine Unfallentschädigung bisher bezogen habe, und bei dieser sofort die Uebernahme der Krankenfürsorge zur Rechtswahrung anzumelden. Hiernach muss es bei der angefochtenen Entscheidung verbleiben.

R—e.

Knarrende Geräusche und Muskelzittern beweisen nicht immer Erwerbsbeeinträchtigung.

Entscheidung vom 26. Juni 1901.

J. L. erlitt am 15. Juni 1891 im Betriebe des Fuhrherrn W. zu Nürnberg einen Bruch des rechten Schlüsselbeins und eine schwere Quetschung der rechten Schulter. Die Berufsgenossenschaft billigte ihm zunächst die volle Rente zu. Die Rente wurde aber im Laufe der Jahre herabgesetzt und schliesslich gänzlich eingestellt. Nachdem auch das Schiedsgericht am 3. Dezember 1900 zu Ungunsten des L. erkannt hatte, legte dieser Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und behauptete, er leide in Folge des Unfalls an Schmerzen in der Brust, im Rücken und in beiden Schultern und im Ohre. Die Berufs-Genossenschaft beantragte aber die Zurückweisung des Rekurses. Auf Beschluss des Rekursgerichts ist ein Obergutachten von dem zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungssachen für Mittelfranken gebildeten ärztlichen Kollegium darüber erfordert worden, ob in den Verhältnissen, welche für die Renteneinstellung massgebend gewesen sind, eine wesentliche mit einer Schmälerung der Erwerbsfähigkeit des Klägers verbundene Veränderung eingetreten ist, worin diese Veränderung besteht und in welchem Grade der Kläger nunmehr durch die Unfallfolgen in seiner Erwerbsthätigkeit beschränkt wird. Das Obergutachten ist von dem Aerztekollegium unter Berücksichtigung eines Attestes des Ohrenarztes Dr. B. in N. vom 3. Mai 1901 und einer Aeusserung des Nervenarztes Dr. von R., vom 4. Mai 1900, erstattet worden. Die Obergutachten-Kommission kam zu der Ueberzeugung, dass eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des L. nicht mehr anzunehmen sei. L. äussere dieselben Klagen wie früher und behaupte, in Folge lebhafter Schmerzen arbeitsunfähig zu sein. Das psychische Verhalten zeige keine krankhaften Veränderungen; Augen- und Gehirnnerven verhalten sich normal; weder am Schädel noch an der Wirbelsäule sei etwas Abnormes zu finden. Die einzigen Erscheinungen, welche als krankhaft angesehen werden könnten, seien eigenthümlich zitternde Bewegungen in den Muskeln der rechten oberen Extremität, die sich beim Erheben derselben einstellen. Diese zitternden Bewegungen greifen auch auf die Brustmuskeln und die andere obere Extremität über. Dazu kommt noch ein lautes Knarren und Knacken, das L. durch Bewegen der Schulter erzeugen könne. Dieses Geräusch entstehe nicht in den Gelenken, sondern bei Bewegung der Schulterblätter. Geringfügige Veränderungen des rechten Ohres stehen mit dem Unfall in keinem ursächlichen Zusammenhang. Die knarrenden Geräusche, welche L. hervorbringt, seien nicht Erscheinungen einer krankhaften Veränderung oder Störung. Solche Geräusche können viele Menschen, die ganz gesund sind, erzeugen; sie entstehen dadurch, dass L. die kräftig gespannten Muskeln des Schulterblatts über die Rippen hin- und herreibe. Das Muskelzittern werde offenbar willkürlich hervorgerufen, da ein organisches Leiden des Zentralnervensystems bei L. nicht bestehe und die Muskulatur kräftig entwickelt sei und sich gegen den elektrischen Strom normal verhalte. Die Muskelzuckungen seien auch ungleichmässig und entsprechen nicht dem Bild einer krankhaften funktionellen Störung. Die behauptete Schwäche der Arme stehe im Widerspruch mit dem objektiven Befunde; ein Muskelschwund habe sich im Laufe der Jahre nicht eingestellt. Bei der langandauernden Unthätigkeit möge ihm freilich für stärkere Anstrengungen die Uebung allmählich etwas abhanden gekommen sein etc. Das Reichs-Versicherungsamt wies darauf den Rekurs des Klägers zurück und erklärte, eine Rente würde L. gemäss § 65 des Unfallversicherungs-Gesetzes (cfr. § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungs-Gesetzes) nur dann

beanspruchen können, wenn nachgewiesen wäre, dass seit der rechtskräftigen Renteneinstellung wieder Unfallfolgen hervorgetreten sind, welche seine Erwerbsthätigkeit nachtheilig beeinflussen. Dieser Beweis ist im Hinblick auf das bedenkenfreie Obergutachten des Aerztekollegiums vom 4. Mai 1901 nicht erbracht. Danach ist in dem Zustande des Klägers seit der Renteneinstellung keine Veränderung eingetreten, die Erwerbsfähigkeit des Klägers ist auch jetzt nicht beschränkt. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Hoche, A. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten. Halle. Carl Marhold. 1902. 40 S. 1,20 Mark.

Im Anschluss an den § 51 St. G. B. erörtert H., was der Gesetzgeber unter Bewusstlosigkeit, unter krankhafter Störung der Geistesthätigkeit und unter freier Willensbestimmung verstanden wissen will, wie die in Betracht kommenden Zustände sich äussern, wie sie zu erkennen und wie sie zu sondern sind von den für den Strafrichter belanglosen Affektionen.

Ein weiterer Abschnitt erörtert den Hergang der Ernennung des Arztes zum Sachverständigen, die Beschaffung des zur Erstattung des Gutachtens nothwendigen Materials, sowie die dem Gutachter zustehenden Rechte und Pflichten.

Im Schlussabschnitt ist auseinandergesetzt, welche Gesichtspunkte der Sachverständige bei der Erstattung des schriftlichen oder des mündlichen Gutachtens zu beachten, welche Fehler er zu vermeiden hat.

Die für den praktischen Arzt bestimmte Arbeit ist klar und übersichtlich geschrieben und wird sich ihm sicherlich als treuer, zuverlässiger Führer bewähren, zumal V. immer darauf hinweist, dass in allen schwierigen und unklaren Fällen der Fachmann heranzuholen ist.

Ernst Schultze.

Gastpar, A. Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt mit besonderer Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1902. 90 S. Mk. 2,40.

Unter ausgiebiger Verwerthung der Literatur und mit besonderer Bezugnahme auf württembergische Verhältnisse erörtert V., in welcher Weise Geisteskranke ausserhalb der Irrenanstalt, vor Allem vor ihrer Einlieferung, durch Privatärzte und Behörden, in den Familien oder in den gewöhnlichen Krankenhäusern behandelt werden können, wie Aerzte und Behörden hierbei Hand in Hand arbeiten und welche Umstände die Anstaltspflege gebieten.

Um nur einige Punkte herauszuheben, so fordert er eine bessere Vorbildung der Aerzte in der Psychiatrie und eine entsprechende Erweiterung des juristischen Studiums. Ueber die Irrenhilfsvereine muss in den geleseneren Tageszeitungen mehr geschrieben werden, damit das weitere Publikum von der segensreichen Einrichtung solcher Vereine hört und psychiatrischen Fragen mehr Verständniss entgegenbringt. Von den Irrenlokalen Württembergs, die zur provisorischen Aufnahme Geisteskranker dienen, entwirft Verf. ein wenig erfreuliches Bild. Anderseits lehrt die Erfahrung, dass man Geisteskranke in den Bezirkskrankenhäusern in den gemeinsamen Sälen verpflegen kann; man muss vor Allem auch hier weniger isoliren. Eine einheitliche Regelung der Irrenfürsorge durch ein Irrengesetz ist erwünscht; zu dessen Ausarbeitung sollten aber nicht nur Juristen, sondern auch Aerzte, und wie Ref. hinzufügen möchte, irrenärztliche Vereine, vor Allem der Verein der deutschen Irrenärzte hinzugezogen werden. Der Staat muss sich des Kranken annehmen, wenn die Familie ihn nicht mehr verpflegen kann, und zwar u. A. durch Errichtung von Stadtasylen und offenen Abtheilungen an Anstalten, durch Einführung von poliklinischen Sprechstunden, durch strenge Ueberwachung aller zur Aufnahme Irrer bestimmten Lokalitäten.

Uebrigens irrt sich der Verf. mit der Annahme, in Preussen sei die Internirung des Kranken gegen den ausdrücklichen Willen der Verwandten erst nach der Entmündigung möglich; ebenso wenig trifft es zu, dass die Geschäftsunfähigkeit die Voraussetzung der Entmündigung sei; dem widerspricht die Einrichtung der Entmündigung wegen Geistesschwäche.

Ernst Schultze.

Deutsch, Wilhelm. Der Morphinismus. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1901. 156 S.

Kurze Darstellung der Aetiologie, der pathologischen Anatomie, der Diagnose, Symptomatologie, Prognose und Therapie des Morphinismus. In einem Schlusskapitel wird die forensische Bedeutung des Morphinismus, sowohl nach der zivil- wie strafrechtlichen Seite, erörtert und zutreffend betont, dass die Diagnose des Morphinismus allein noch nicht genügt, eine Unzurechnungsfähigkeit bezw. Beeinträchtigung der Geschäftsfähigkeit anzunehmen. Verfasser verneint die Frage, ob ein Arzt ohne Einwilligung des Morphinisten berechtigt ist, diesen einer Entziehungskur zu unterwerfen; im Hinblick auf letale Ausgänge oder Selbstmordversuche mahnt er sogar zu der Vorsicht, mit dem Kranken in Gegenwart von Zeugen über die einzuschlagende Heilmethode zu verhandeln. Anders natürlich bei geistig gestörten Morphinisten. Ref. vermisst die Erwähnung der im Beginn der Abstinenz sich oft zeigenden Steigerung der libido sexualis, auf deren gerichtliche Bedeutung von den verschiedensten Autoren hingewiesen wird.

Schultze.

Colla, Ernst. Voraussetzungen und Grundsätze der modernen Trinkerbehandlung. Halle a. S. C. Marhold. 35 S.

Mit Smith sieht Verfasser in der Intoleranz die Grundlage des klinischen Bildes des Alkoholismus. Intolerant ist nach V. jeder, der entweder anfallende akute Vergiftungssymptome zeigt oder bei gewohnheitsmässigem Genusse geistige (vor Allem nach der ethischen Seite hin) oder körperliche Schädigung (Herzaffektionen, Polyurie, Polydipsie) erfährt. Dieses subjektive Moment der Prädisposition, das angeboren oder erworben sein kann, zeigt die verschiedensten Grade der Intensität. Verfasser führt verschiedene Typen vor und berührt dabei die Beziehungen zur erblichen Belastung und zur Epilepsie.

Die Intoleranz zeigt sich vielfach lange Zeit vor der Ausbildung des Krankheitsbildes des chronischen Alkoholismus, und darum eben verdienen die darauf hindeutenden Erscheinungen (Incontinentia alvi, Angst- und Schwindelgefühl, Hyperästhesie, Parästhesie, einseitiger Kopfschmerz etc.) alle Beachtung.

Da die Intoleranz nicht zu beseitigen ist, so kann die Behandlung nur in einer völligen und dauernden Entziehung des Giftes bestehen, die plötzlich einsetzen kann. Weiter bedarf es gegenüber den so mächtigen Trinksitten der Umwandlung des Trinkers in eine andere Persönlichkeit; er muss ein überzeugter Abstinenter sein. Ernst Schultze.

Körner, Otto. Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 3. Auflage. Wiesbaden, 1902.

K. schildert in derselben Weise, wie in den vorausgegangenen Auflagen, zuerst im allgemeinen Theil die Statistik, weiter die anatomischen Verhältnisse, die den Uebergang von Eiterungen aus dem Schläfebeine in die Schädelhöhle ermöglichen, die Arten der primären Ohr- und Schläfebein-Erkrankungen, den Einfluss der Lokalisation der verschiedenen intrakraniellen Komplikationen, die Mechanik der Infektion und die Prophylaxe der otitischen Hirnkrankheiten.

Im speziellen Theil werden behandelt die eitrige Entzündung an der Aussenfläche der Dura und der extradurale Abscess, die otitische Pachimeningitis interna und der Abscess innerhalb der Hirnhäute, die otitische eitrige Leptomeningitis und die seröse Meningitis und Meningo-Encephalitis, ferner die tuberkulöse Hirnbautentzündung, der Tuberkel, die Phelebitis und Thrombose der Blutleiter und der Jugularis, der otitische Hirnabscess und die Hirnembolie in Folge von Carotis-Thrombose bei Ohreiterungen.

Es ist das Buch ein mit den neuesten Ergebnissen der Forschung versehener verlässiger Rathgeber in dem komplizirten Gebiete der Erkennung und Behandlung der bösartigen otitischen Komplikationen. Das Material ist gewachsen und allseitig benützt. Einige Tafeln mit speziellen Fieberkurven und Abbildungen von Hirnabscessen sind beigegeben. Hg.

Schäffer, Priv.-Doz. Dr. Oskar, Atlas und Grundriss der gynäkologischen Operationslehre. Bd. 28 von Lehmanns medizinischen Handatlanten. München 1902.

Die aussergewöhnliche Beliebtheit der Lehmann'schen Handatlanten liegt zum grossen Theil in den vorzüglichen Tafeln und Abbildungen. Ich glaube, dass für die gynäkologische Operationslehre die Schwierigkeit der Herstellung guter Operationsbilder in ihren einzelnen Phasen eine besonders schwierige war! Wenn sie hervorragend gut überwunden ist, so ist doch auch die Beschreibung der Operationen, also die Bearbeitung des Textes gerade deshalb eine besonders wichtige, weil naturgemäss die Abbildungen sich mehr gleichen, als dies bei der Topographie anderer Gegenden der Fall ist.

Die Eintheilung des Materials ist eine neue und, wie mir scheint, besonders glückliche. Sie geht von den Operationen an den äusseren Theilen der Vulva und Scheide in die Tiefe, indem den Ersteren die Operationen mit Eröffnung des Muttermundes und im Inneren der Gebärmutter folgen, und diesen naturgemäss die mit Eröffnung des vorderen und hinteren Douglas. Die daran sich anschliessende Totalexstirpation von der Scheide aus bildet den Uebergang zu den gynäkologischen Laparotomieen, der Ventrifixation und der Alexander-Adamsschen Operation.

Besonders übersichtlich sind die anatomischen Vorbemerkungen.

Unmöglich ist gerade bei den gynäkologischen Operationen eine Berücksichtigung aller Modifikationen und der Zeitpunkt für eine Operationslehre insofern ein nicht ganz glücklicher, als wir uns in einem recht schwankendem Stadium bezüglich der Operation des Gebärmutterkrebses befinden. Verf. hat in seinem Werke zu den dahinzielenden Operationen noch nicht Stellung genommen. Schwarze.

Schäffer, Priv.-Doz. Dr. Oscar. Ueber die „unterbrochene" Fehlgeburt. München 1901, bei Seitz & Schauer.

Die Arbeit eignet sich nicht für ein kurzes Referat wegen der vielen Gesichtspunkte, welche das Thema auf Grund eines mehrere hunderte von Fällen umfassenden Materials erschöpfend und nach allen Richtungen hin behandeln! Ich greife nur einiges Wichtige heraus:

S. theilt den Abortus ein 1. in den Abortus immineus, 2. den unterbrochenen und zum Stillstand gekommenen Abort, 3. den A. imperfectus, 4. den A. incompletus, 5. den A. cum retentione ovi.

In der Aetiologie weist er den nervösen Einflüssen einen grösseren Raum zu als den rein mechanischen. Der Abortus imperfectus und incompletus soll stets ausgeräumt werden. Die verschiedensten ätiologischen und Folgezustände werden auf das Eingehendste besprochen. Schwarze.

Savor, Privatdozent Dr. Rudolf. Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. Verlag von Deuticke, Leipzig und Wien. Pr. M. 1,80.

Der Leitfaden ist zur Einführung des Studenten in die Geburtshilfe bestimmt. Er bringt die diagnostischen sicheren und weniger sicheren Kennzeichen der Schwangerschaft und dann den systematischen Gang der Untersuchung von der äusseren beginnend bis zur inneren und der Methode der Beckenmessung. Die Darstellung ist knapp, so dass der Gegenstand in 56 Seiten erschöpft wird. Einige gute Abbildungen sind im Text enthalten. Schwarze.

Hauser, Grundriss der Kinderheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1901. 443 Seiten. 8 Mk.

Wie der Referent, so wird wohl mancher Leser des vortrefflichen grossen Buches von Henoch über die Kinderkrankheiten bedauert haben, hier nicht gleichzeitig Belehrung über die Diätetik des Kindesalters zu finden. Es war ein sehr glücklicher Griff von Hauser, Henochs bevorzugtem Schüler, dass er in seinem Grundriss jene beiden in der Praxis untrennbaren Gebiete vereinigte. Zu diesem ersten Vorzuge des vorliegenden Werkes gesellen sich noch diejenigen weiteren Vorzüge, welche grosse ärztliche Erfahrung, praktischer Verstand und Gewandtheit der Darstellung gewähren. Hier und da will es uns scheinen, als ob der Verfasser bei seinen Empfehlungen zu ausschliesslich die Verhältnisse der Praxis elegans im Auge gehabt hätte. Wir denken dabei beispielsweise an den Rath, schon frühzeitig den Säuglingen neben der Muttermilch eine oder zwei Flaschen täglich zu geben; das ist doch wohl nur unter solchen Verhältnissen unbedenklich, wenn durch den Stil des ganzen Haushaltes die peinlichste Sorgsamkeit bei der Verabreichung von künstlicher Nahrung gewährleistet ist.

Dr. M. Friedmann, Ueber Wahnideen im Völkerleben. VI.—VII. Heft der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeldarstellungen für Gebildete aller Stände. Wiesbaden, Verlag von Bergmann, 1901.

Auf 100 Seiten entrollt uns der Verfasser ein Bild nach dem andern aus einem Gebiet, welches so gut wie kaum ein anderes geeignet ist, unser Verständniss für die seelischen Vorgänge auch des Einzelnen zu erwecken. Und es thut trotz allen Fortschritts freier wissenschaftlicher Forschung auch heute wahrlich Noth, solche Kenntnisse zu verbreiten; denn alle die Dinge, von der Besessenheit und dem Hexenwahn bis zu analogen Vorgängen unserer Tage finden auch heute noch von gewissen Schriftstellern eine Darstellung, der wir besser mit Angst, als mit Lächeln gegenüberstehen sollten. Die religiösen Wahnideen und Auswüchse nehmen natürlich einen breiten Raum in dem Heftchen ein. Demnächst kommt die Politik und die grossen völkerbewegenden Ideen, die nationalen Be-

geisterungsausbrüche in Frage. Graduell sind die Beispiele in solche eingetheilt, welche auf einfach suggestiven Handlungen zu Stande kommen, und in solche, welche einen perversen Charakter tragen und von hypnoiden oder exstatischen Zuständen begleitet sind.

In der Einleitung ist in sehr glücklicher Form das Verständniss für das psychologische Problem der Suggestivwirkungen an vorzüglichen Beispielen erörtert. Möge das Heft viele Leser finden und in weiten Kreisen aufklärend wirken. Marcinowski.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Ferdinand Enke:

Bauer, Das kranke Schulkind. Anleitung zum physiologisch-psychologischen Beobachten in der Schule. Mit 1 Farbentafel und 138 Abbildungen. 305 S. 6 M.

Forel, Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie. Vierte Auflage. 256 S. 5 M.

Ekstein, Geburtshilfliche Neu-Organisationen in Oesterreich. 53 S. 1,20 M.

Verlag Carl Marhold:

Weber, Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen.

Scholz, Leitfaden zur Irrenpflege.

Verlag J. F. Bergmann:

A. Köhler, Die Knochenerkrankungen im Röntgenbilde.

Verlag S. Karger:

Diehl, Zum Studium der Merkfähigkeit. 39 S. 1,20 M.

Verlag G. Fischer:

Pel, Ueber die Kunst gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten. Uebersetzt von Dr. Albrecht Rosenstein. 32 Seiten. 50 Pf.

Verlag „Die Medizinische Woche“:

Verhandlungen der zehnten Jahresversammlung des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes. Herausgegeben von Dr. Siebelt-Flinsberg.

Tagesgeschichte.

Diensteid und Sachverständigeneid.

Die Frage, ob es angängig ist, dass der Diensteid des Kreisarztes den gerichtlichen Sachverständigeneid ersetzt, ist vom Kgl. Landgericht in Marburg bejahend entschieden worden. Der Kreisarzt Med.-R. Heinemann hat sich das Verdienst erworben, diese Entscheidung angeregt zu haben. Auf seine Eingabe richtete der Präsident des Landgerichts eine Verfügung an die Amtsgerichte seines Bezirks, welche darin gipfelt, dass die Kreisärzte, da zu ihren Dienstpflichten die gerichtlich-medizinischen Verrichtungen mit gehören (§ 9 des Gesetzes vom 16. September 1899), durch ihren Diensteid auch für diese Verrichtungen zur Gewissenhaftigkeit verpflichtet sind. Allerdings deckt der Diensteid nur die wirklich gerichtsärztlichen, also nicht etwaige privatärztliche Bekundungen des Kreisarztes.

Mit Recht räth Heinemann in der Zeitschrift f. Medizinalbeamte den übrigen Kreisärzten, ähnliche Entscheidungen herbeizuführen.

Die Durchführung des praktischen Jahres.

Die Erkundigungen des Medizinalministers haben ergeben, dass die öffentlichen Krankenanstalten und die sonst zur Aufnahme von Praktikanten geeigneten Institute zahlreich genug sind, um den Bedarf reichlich zu decken. Durchschnittlich bestehen jedes Jahr 595 Mediziner die preussische Staatsprüfung, während allein an preussischen Krankenanstalten gleichzeitig mehr als 1000 Praktikanten beschäftigt werden können.

Nunmehr sollen die Anstalten, welche zur Aufnahme von Praktikanten befugt zu werden wünschen, ihre Meldungen einreichen. Zu diesen Anträgen haben sich die Regierungspräsidenten mit besonderer Berücksichtigung folgender Punkte zu äussern:

Die auf je einen Praktikanten zu rechnende Krankenziffer soll je nach Art der Anstalt verschieden sein: In städtischen und Kreis-Krankenhäusern etwa 37, in Stiftungs- und Vereins-Krankenhäusern etwa 50, in Spezial-Krankenanstalten 60, in Lungenheilstätten 100, in Provinzial-Irrenanstalten 120. In öffentlichen Entbindungsanstalten u. dergl. wird in der Regel nur je ein Praktikant aufzunehmen sein.

Zu bevorzugen sind die Krankenhäuser, von deren Leitern nach deren persönlichem und wissenschaftlichem Rufe eine Förderung der Praktikanten besonders sicher zu erwarten ist. Von den Anstalten verdienen die nach hygienischen Grundsätzen erbauten und zweckmässig eingerichteten den Vorzug, besonderer Werth wird auch auf gutes Instrumentarium, Laboratoriums-Einrichtungen und Bibliothek gelegt. Anstalten, welche bei den Revisionen zu besonderen Ausstellungen Anlass geben, können von der Annahme von Praktikanten dauernd oder zeitweise ausgeschlossen werden.

Von den Praktikanten soll in der Regel keinerlei Zahlung oder Honorar gefordert werden, vielmehr sollen die Anstalten bevorzugt werden, die den Praktikanten irgend welche Vergünstigungen gewähren. Solche Vergünstigungen zu erwarten erscheint nicht unbillig, da ja die Praktikanten auch ihrerseits schätzenswerthe ärztliche Hilfsdienste leisten werden.

Staatliche Unfallversicherung in Griechenland.

Durch ein Gesetz vom 21. Februar 1901 ist auch Griechenland in die Reihe der Nationen getreten, die die Unfallfürsorge staatlich regeln. Freilich ist die Fürsorge noch auf Bergwerks-, Steinbruch- und Hüttenarbeiter beschränkt. Die Entschädigung wird gewährt, sobald die Arbeitsunfähigkeit länger als vier Tage dauert. Bis zur Dauer von 3 Monaten wird unterschiedslos der halbe bisherige Arbeitslohn gezahlt, von dann ab werden Vollrente und Theilrente unterschieden. Die erstere beträgt die Hälfte, die letztere ein Drittel des Arbeitslohnes. Die Hinterbliebenenrente beziffert sich auf $^3/_4$ der Unfallrente und wird nach Kopfzahl unter die Wittwe und die Kinder vertheilt; wenn blos ein Hinterbliebener vorhanden ist, wird nur die halbe Unfallrente gewährt. Während der ersten 3 Monate werden auch die Kosten des Heilverfahrens von der staatlichen Versicherung getragen.

Die Kosten der Versicherung tragen grossentheils die Arbeitgeber. Sie allein haben das eben erwähnte Heilverfahren, gegebenenfalls das Begräbniss und die Rente für die ersten drei Monate zu tragen. Für die spätere Zeit liegt ihnen nur die Hälfte der Rentenzahlungen ob, die andere Hälfte trägt der seit 1882 bestehende Fürsorgefonds der Bergwerksgenossenschaft, welchem zur Durchführung des Gesetzes bestimmte Staatseinkünfte zugewiesen werden. Mit diesem Fonds können die Arbeitgeber ein Uebereinkommen zur Ablösung ihrer Zahlungspflichten treffen.

Eine nachahmungswerthe Verfügung in Sachen der Trinkerfürsorge,

mit welcher trotz der erleichternden Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und trotz der sich stetig mehrenden Trinkerheilanstalten leider verhältnissmässig erst wenige Gemeindeverwaltungen und Armenverbände zielbewusst vorgehen, hat unter dem 17. März der Regierungspräsident in Düsseldorf erlassen:

Die oft erheblichen Kosten, welche den Armenverbänden durch die Gewährung von Unterstützungen an Trunksüchtige oder deren Familie entstehen, können in manchen Fällen dnrch die rechtzeitige Unterbringung des Trinkers in eine Trinkerheilanstalt beträchtlich gemindert werden.

Allerdings ist nach den vorliegenden Erfahrungen das Gelingen der Kur erst dann wahrscheinlich, wenn der Gewohnheitstrinker ein volles Jahr hindurch in der Heilanstalt verbleibt, wo ihm jedes alkoholische Getränk versagt ist und auf die Stärkung seines Willens ein stetiger Einfluss geübt wird. Jedoch werden die Aufwendungen, die durch den einjährigen Aufenthalt eines Alkoholikers in der Anstalt den Armenverbänden entstehen, bei erfolgreicher Kur in der Regel immerhin noch geringer sein, als die dauernden Unterstützungen, welche anderenfalls dem gänzlich verkommenen, erwerbsunfähigen Trinker oder seinen Hinterbliebenen auf Grund des Unterstützungswohnsitzgesetzes gewährt werden müssen, zumal wenn noch die Vererbung lasterhafter Anlagen auf die Nachkommenschaft des Trinkers und das ansteckend schlechte Beispiel des Trinkers für seine Familienangehörigen in Betracht gezogen wird. Ueberdies würden die Armenverbände keineswegs immer die sämmtlichen Verpflegungskosten für unvermögende Trunksüchtige in der Heilanstalt zu übernehmen haben; vielmehr wird oft schon ein Beitrag zu diesen Kosten genügen, um die betreffende Familie zur Aufbringung der übrigen Geldmittel zu veranlassen.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, dass die vorbeugende Hilfe der Gemeinde nicht zu spät, z. B. erst nach der etwaigen Entmündigung (§ 6 Ziffer 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches) gewährt wird, sondern zu einer Zeit, wo die Trunksucht noch mit dem eigenen durch die Anstaltseinrichtungen geförderten Willen des Trinkers wirksam bekämpft werden kann. Es wird sich empfehlen, vor der Unterbringung eines Trinkers in der Heilanstalt ein ärztliches Gutachten darüber einzuziehen, ob in diesem Falle noch auf einen Erfolg der Entziehungskur gehofft werden darf.

(Die Verfügung schliesst mit einem Hinweis auf die den Armenverbänden von der Pflegeanstalt für Alkoholiker in Lintorf bei Düsseldorf bewilligte Herabsetzung des jährlichen Verpflegungssatzes für Unbemittelte und auf die Beihilfen, welche den gegenüber den Armenverbänden nicht anspruchsberechtigten Trinkern aus milden Stiftungen gewährt werden können.)

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 26. März 1902 betr. Pflege einer guten und leserlichen Handschrift bei den Schülern höherer Lehranstalten.

Der Erlass ist im Wesentlichen schultechnisch, verdient aber auch in Aerztekreisen volle Beachtung. Für den ärztlichen Sachverständigen ist es besonders wichtig, leserlich zu schreiben und in Akten etc. leserliche Handschriften zu finden.

—— vom 10. April 1902 betr. Anträge auf Entscheidung von Disziplinaruntersuchungen in zweiter Instanz gegen Beamte.

Hat lediglich formelles Interesse.

Erlass vom 21. April 1902 betr. Heranziehung nicht praktizirender Aerzte zu den Umlagen der Aerztekammer.

Ermässigung um 50 Prozent für die nicht praktizirenden, um 10 Prozent für die beamteten, dem Ehrengericht nicht unterstehenden Aerzte.

—— vom 29. März 1902 betr. frühzeitige Aushändigung der Universitätsabgangszeugnisse an die Kandidaten der Medizin, welche sich zur ärztlichen Prüfung im Sommerhalbjahr melden.

—— vom 10. April 1902 betr. Abhaltung von Anfangskursen im Griechischen auf den Universitäten für die auf realistischen Lehranstalten vorgebildeten Studirenden.

—— vom 15. April 1902 betr. Ableistung des praktischen Jahrs an öffentlichen Krankenanstalten seitens der Mediziner nach abgelegter ärztlicher Prüfung cf. oben. S. 235.

—— vom 7. April 1902 betr. Abgabe von Tuberculinum Kochi in den Apotheken.

—— vom 14. April 1902 betr. Herstellung von Margarine und Margarinekäse.

Den Regierungspräsidenten wird die Befugniss übertragen, zu bestimmen, von welchem Zeitpunkte ab in Orten, deren Einwohnerzahl erst bei einer späteren Volkszählung 5000 überschreitet, die Trennung der Verkaufs- etc. -räume für Margarineprodukte und für Milchprodukte laut § 4 des Margarinegesetzes durchgeführt werden soll.

—— vom 25. März 1902 betr. Herabsetzung des Ladenpreises für das Guttstadtsche Krankenhauslexikon.

Statt 24 Mark künftig 10, bei grösseren Bestellungen nur 6—7 Mark.

—— vom 5. April 1902 betr. Verwendung der Hypnose bei der Behandlung von Kranken seitens der nicht approbirten Heilpersonen.

Vgl. No. 9, S. 191.

—— vom 5. April 1902 betr. den Heilwerth der Hypnose und Verwendung derselben bei der Behandlung von Seiten der Aerzte.

Der Aerztekammerausschuss soll nach Anhörung der Aerztekammern über diese Fragen nach Jahresfrist berichten.

—— vom 14. März 1902 betr. sanitäre Anordnungen auf russischen Eisenbahnen zur Bekämpfung der Pest.

Mittheilung der betr. Bestimmungen.

—— vom 7. April 1902 betr. Kontrole der Seeschiffe aus Indien, dem Arabischen und Rothen Meere wegen Choleragefahr.

—— vom 17. April 1902 betr. Herausgabe des internationalen Lepra-Archivs: „Lepra Bibliotheka internationalis.“

Es wird auf das Erscheinen des ersten Bandes dieses Archivs, der u. A. die Verwaltungs- und Gesetzes-Bestimmungen über die Lepra enthält, hingewiesen.

—— vom 15. April 1902 betr. Berichterstattung über Heilquellen und Bäder.

Die früher angeordnete Sonderberichterstattung kann wegfallen, da der kreisärztliche Jahresbericht einen bezüglichen Abschnitt enthält.

Bekanntmachung vom 20. März 1902 betr. Beschäftigung von Arbeiterinnen auf Steinkohlenbergwerken, Zink- und Bleierzwerken im Reg.-Bez. Oppeln.

—— vom 15. März 1902 betr. Beschäftigung jugendlicher Arbeiter auf Steinkohlenbergwerken in den Bergbaubezirken von Preussen, Baden und Elsass-Lothringen.

—— vom 20. März 1902 betr. Einrichtung und Betrieb von Steinbrüchen und Steinhauereien (Steinmetzbetrieben).

Vgl. gewerbehygienische Rundschau.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. № 12. Ausgegeben am 15. Juni.

Inhalt:

Die Technische Begründung zur Bekanntmachung vom 18. Februar 1902 betr. gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen.

Die Bekantmachung des Bundesrathes, die in No. 5 dieses Jahrgangs von uns wiedergegeben wurde, hat zu einer heftigen Zeitungsfehde Anlass gegeben. Eine Reihe von Tagesblättern und technischen Fachzeitschriften lässt es sich angelegen sein, das Verbot eines grossen Theiles der aufgeführten Zusätze zu bekämpfen, und alle diese polemischen Artikel gehen auf den Schlusssatz aus: Die Arbeiten des Reichsgesundheitsamtes, die den Verboten zu Grunde liegen, sind logisch oder sachlich unzulänglich, die Anhänger gegentheiliger Anschauungen können dadurch nicht widerlegt werden.

Es ist nicht daran zu zweifeln, dass auch in den Kreisen der Aerzte diese Auslassungen der nichtärztlichen Presse Einfluss zu gewinnen geeignet sind. Dies wäre um so bedeutsamer, als ja die im Titel bezeichnete Bekanntmachung erst mit den Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz in Kraft treten wird und bis dahin die Entscheidung zahlreicher Prozesse über die Zulässigkeit der betreffenden Zusätze vom Urtheil der zugezogenen ärztlichen Sachverständigen mit abhängt.

Wir halten es daher für geboten, unseren Lesern die Begründung der Bekanntmachung vom 18. Februar 1902, wie sie im Reichsgesundheitsamt ausgearbeitet worden ist, vollständig zugänglich zu machen. Sie werden dadurch um so sicherer ein selbständiges Urtheil in den einschlägigen Fragen gewinnen, als ja die gegnerischen Anschauungen grossentheils gleichfalls in den Spalten unserer Zeitschrift theils originaliter theils im Referat (vergl. Jahrg. 1901 S. 444 und 499) ihren Ausdruck gefunden haben.

I. Allgemeine Gesichtspunkte.

Bei der Beurtheilung der Frage, welche Konservirungsmittel eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit des Fleisches herbeizuführen oder eine minderwerthige Beschaffenheit desselben zu verdecken geeignet sind, ist davon auszugehen, dass man allen chemischen Konservirungsmitteln, welche nicht gleich dem Kochsalze, dem Salpeter und den beim Räuchern entstehenden Produkten durch lange Uebung eingebürgert sind, misstrauisch gegenüberstehen muss, solange nicht ihre Unschädlichkeit erwiesen ist. Die Geschichte der Arzneibehandlung lehrt in immer neuen Beispielen, wie selbst manche zu Heilzwecken empfohlene, also von vorn herein mit grösserer wissenschaftlicher Strenge beurtheilte Mittel erst nach jahre- oder jahrzehntelangem Gebrauch als keineswegs harmlos erkannt werden, so beispielsweise das Antifebrin, das

Sulfonal und das Jodoform. Dies mahnt zu erhöhter Vorsicht gegenüber solchen Stoffen, welche Nahrungs- oder Genussmitteln zugesetzt werden sollen. Gerade bei der Volksernährung fällt jeder im Uebrigen einwandfreie Versuch oder jede Erfahrung, welche eine Beschädigung der Gesundheit ergeben hat, schwerer in die Waagschale, als alle Beobachtungen mit negativem Ergebnisse, wie sie mit Vorliebe zur Anpreisung und Einführung derartiger Mittel bekannt gemacht zu werden pflegen. Es ist nicht nur erlaubt, sondern sogar ein wissenschaftliches Erforderniss, dass man sich nicht mit der Feststellung begnügt, dass bis jetzt durch den Gebrauch konservirter Lebensmittel ein Schaden auf das Konservirungsmittel nachweislich noch nicht hat zurückgeführt werden können. Ebensowenig darf man bei der Beurtheilung dieser Frage, die für die Ernährung von gesundenen Erwachsenen, aber auch von schwächlichen und kränklichen Personen, von Greisen und Kindern gleich wichtig ist, Versuche mit kleinen Gaben an Menschen und am Thiere als beweisend ansehen.

Auch abgesehen von dem Fehlen einer Anzeigepflicht für derartige Erkrankungen stösst es überhaupt auf grosse Schwierigkeiten, solche Schädigungen mit Sicherheit auf ihre wahre Ursache zurückzuführen, da Zeichen des gestörten Wohlbefindens (Magendrücken, Uebelkeit, Diarrhoe, Kopfweh u. s. w.) auch nach einer schwer verdaulichen Speise, einem kalten Trunke, nach Abkühlung u. s. w. eintreten können. Dazu kommt, dass die Aerzte im Allgemeinen noch nicht über die Ausdehnung der Nahrungsmittelkonservirung und über die Lebensmittel, welche chemisch haltbar gemacht werden, unterrichtet sind. Handelt es sich um jene mehr oder weniger grossen Massenvergiftungen durch konservirtes, aber trotzdem verdorbenes Fleisch, so werden die Wirkungen der Konservirungsmittel völlig durch die schweren Anzeichen der Vergiftung durch verdorbenes Fleisch verdeckt.

Vielmehr ist mit allen Mitteln des zielbewussten, zuverlässigen Versuchs festzustellen, ob ein Stoff überhaupt schädlich wirken kann, und dabei die Richtung oder der Angriffspunkt einer solchen Schädigung festzulegen. Hierzu ist die Verwendung grösserer Gaben unerlässlich. Erst aus dem ganzen Wirkungsbild eines in kleinen und in grossen Gaben angewendeten Konservirungsmittels wird ein Urtheil über die Zulässigkeit zur Haltbarmachung von Lebensmitteln gewonnen werden dürfen. Leiden doch alle unsere Ermittelungen mit kleinen Mengen chemischer Stoffe an Menschen und am Thiere an erheblichen Fehlerquellen zu Gunsten des betreffenden Mittels. Das wissenschaftliche Experiment vermag nur die Thätigkeitsäusserungen bestimmter Organe zu verfolgen oder aus den ausgeschiedenen Abgängen auf die grössere oder geringere Verwerthung der Nahrung im Körper zu schliessen. Man vermag aber nicht die Aenderungen in den Organen selbst oder den Ablauf des Stoffwechsels in seinen einzelnen Abschnitten zu erkennen.

Erweist sich z. B. beim pharmakologischen Versuch ein Mittel in grösseren Gaben als ein nierenschädigender Stoff, so mahnt dieser Befund zur Vorsicht bei der Verwendung des Mittels bei Nierenkranken, bei denen schon wesentlich kleinere Gaben die gleiche Schädigung hervorbringen können, wie grosse auf eine gesunde Niere. In vielen der mit Konservirungsmitteln angestellten Versuchen ist aber ausser Acht gelassen worden, dass die akute Wirkung von der chronischen wesentlich verschieden sein kann und dass es bei Versuchen mit Konservirungsmitteln nicht angängig ist, aus dem Fehlen akuter Wirkungen die Unschädlichkeit der Mittel zu folgern.

Unter diesen Umständen ist es auch nicht angängig, dem von verschiedenen Seiten gemachten Vorschlage zuzustimmen und eine Höchstgrenze für den Zusatz einzelner Konservirungsmittel festzulegen.

Wie schon bei einer Reihe von starken Giften die Ansichten über die krankmachenden Gaben bei einmaligem und häufigem Gebrauch unter den Fachleuten weit auseinandergehen, so ist es für die hier in Frage kommenden Konservirungsmittel noch viel schwieriger, wissenschaftlich genau diejenigen noch wirksamen Gaben anzugeben, welche in allen Fällen von Gesunden, Schwachen und Kranken ohne Benachtheiligung ihrer Gesundheit selbst bei jahrelangem Gebrauche genossen werden können. Während nach der Meinung des einen Sachverständigen der länger fortgesetzte tägliche Gebrauch von 1,2 g Borsäure oder Borax, wenn sie mit Speisen genossen werden, eine nachtheilige Wirkung auf die Gesundheit nicht ausüben und selbst für den Gebrauch doppelter Mengen bisher keine Schädigungen erwiesen sein sollen, halten andere solche Gaben für geeignet, die menschliche Gesundheit zu schädigen. Eben so sind die Ansichten über die Mengen von schwefligsauren Salzen, von Salicylsäure und fluorwasserstoffsauren Salzen, welche ohne Schaden für den Körper aufgenommen werden können, getheilt.

Selbst wenn es übrigens möglich wäre, für jedes einzelne Konservirungsmittel eine Menge festzustellen, welche, mit der Nahrung genossen, während eines Tages die Gesundheit nicht schädigen würde, so entständen weitere Schwierigkeiten dadurch, dass die Tagesmenge des betreffenden Stoffes auf die einzelnen damit haltbar gemachten, bei den verschiedenen Mahlzeiten in Betracht kommenden Lebensmitteln zu vertheilen wäre. Es muss damit gerechnet werden, dass ein Mensch während des Tages nicht nur borhaltiges Fleisch, sondern auch borhaltige Wurst, borhaltige Milch, borhaltige Butter u. s. w. geniessen kann. Würde für jedes der in Frage kommenden Lebensmittel die unschädliche Tagesgabe zulässig sein, so würde der Mensch das Zwei-, Drei- oder Mehrfache der als unschädlich erkannten Gabe aufnehmen. Würde aber die Tagesgabe auf sämmtliche Nahrungsmittel vertheilt, so würde, ganz abgesehen von der praktischen Undurchführbarkeit einer solchen Vorschrift, auf jedes Nahrungsmittel so wenig fallen, dass die Haltbarmachung selbst völlig ausgeschlossen wäre. Ueberdies ist, so lange nicht überzeugende Versuche das Gegentheil beweisen, daran festzuhalten, dass die an sich unschädlichen Höchstgaben der einzelnen Stoffe, wenn sie gleichzeitig oder nach einander in den Magen gelangen, durch Anhäufung schädliche Wirkungen entfalten können.

Dazu kommt die Schwierigkeit, solche Grenzwerthe im täglichen Gebrauch einzuhalten. Der Fleischer arbeitet bei der Bemessung der Mengen des Konservirungsmittels nicht mit der Apothekerwaage, sondern mehr oder weniger nach dem Augenmass, indem er die zu konservirende Fleischmenge abschätzt und nach Gutdünken das Mittel zusetzt. Wie wenig sich die Fleischer nach den Gebrauchsanweisungen, welche den Präservesalzen beigegeben sind, richten, zeigt die Thatsache, dass bei der chemischen Untersuchung einer grossen Anzahl von Hackfleischproben Mengen von 0,1 bis 1 Prozent schwefliger Säure (0,4 bis 4 Prozent Präservesalz) gefunden worden sind, d. h. das Zwei- bis Zwanzigfache der in den Gebrauchsanweisungen empfohlenen Mengen. Auch ist eine völlig gleichmässige Vertheilung des Mittels in ganzen Fleischstücken oder selbst in zerkleinertem Fleische unmöglich, da die gebräuchlichen Stoffe nicht an der Oberfläche eines Fleischstücks oder zwischen den Theilchen zerkleinerten Fleisches liegen bleiben, sondern in der Fleischfeuchtigkeit sich lösen und im Austausche mit anderen Bestandtheilen des Fleisches in das Innere vordringen. Es lässt sich also nicht vermeiden,

dass die zugelassene Höchstmenge an einzelnen Stellen überschritten wird.

Ferner erscheint es aber auch nicht angängig, solche Konservirungsmittel, welche überhaupt als gesundheitsschädlich erkannt sind, etwa für gewisse Fleischwaaren oder unter Deklaration zuzulassen, und zwar aus folgenden Erwägungen.

Schon aus allgemeinen Gründen ist es nicht angängig, für bestimmte Fleischwaaren den Zusatz eines konservirenden Stoffes zuzulassen, für andere dagegen zu verbieten. So war beispielsweise angeregt, für solches Fleisch, welches dem Käufer in Folge von Pökeln oder Räuchern bereits als behandelt bekannt ist, gewisse Antiseptika zuzulassen. Die gesundheitspolizeilichen Bedenken, welche zum Ausschlusse der chemischen Stoffe bei der einen Fleischwaare führen, müssen auch bei den anderen Fleischwaaren massgebend sein. Dazu kommt, dass ein Konservirungsmittel, welches für das Fleisch, das wesentlichste Nahrungsmittel neben dem Brote, selbst unter Beschränkung nachgelassen würde, wahrscheinlich ohne Weiteres auch bei anderen Nahrungs- und Genussmitteln, wie Milch, Butter, Bier, Wein und Kompot für gestattet erachtet würde, umsomehr, als im Gegensatze zum Fleische hier wenigstens eine gleichmässige Durchmischung möglich ist. Damit wäre aber die Möglichkeit einer Anhäufung solcher Stoffe im Körper und eine erhöhte Gefahr für die Gesundheit gegeben.

Ein Deklarationszwang kann ebenso wenig befürwortet werden.

Einmal hat die Erfahrung z. B. bei dem Weingesetze vom Jahre 1892 gelehrt, dass die dort geforderte Deklaration für bestimmte Sorten von Wein in der Praxis unbeachtet geblieben ist. Man würde sich wohl auch von einer Deklarationspflicht bei Fleischwaaren vielen Erfolg kaum versprechen können. Zweitens würde selbst eine Bekanntgabe des Gehalts des Fleisches an Konservirungsmitteln kaum von wesentlichem Nutzen sein, weil der grösste Theil des kaufenden Publikums sich aus den bezüglichen Angaben ein Urtheil über die gesundheitlichen Erfahrungen nicht zu bilden vermag.

Besonders muss aber auch der Verwendung solcher Stoffe entgegengetreten werden, die einer an sich nicht einwandfreien Waare den Anschein der Frische und der guten Beschaffenheit, oder der sachgemässen Zubereitung verleihen. Man ist im Allgemeinen gewohnt, bei nichtzubereitetem Fleische in der rothen Farbe und in dem Fehlen von Fäulnissgeruch einen Gradmesser für die Frische zu erblicken, während bei geräuchertem Fleische und geräucherten Fleischwaaren, die durch eine gewisse Austrocknung (Wasserverlust) haltbar gemacht und dadurch im Werthe erhöht worden sind, die Gründlichkeit und Dauer der Räucherung und der Grad der dadurch bewirkten Austrocknung massgebend für die Bewerthung sind. Es sei hier daran erinnert, dass man beispielsweise bei harten Cervelatwürsten bisweilen von Monat zu Monat höher steigende Preise zahlt. Die Verwendung von Konservirungsmitteln ermöglicht es nun aber, unter Umständen altes Fleisch als scheinbar frisches zu verkaufen, während im Innern desselben ungehindert die Zersetzung und das Verderben weitergehen, oder geräucherte Fleischwaaren zu liefern, deren Räucherung durch ein Mittel wie Borsäure wesentlich abgekürzt worden ist, und nicht zu einer gleichen Austrocknung und Haltbarmachung geführt hat, wie eine weiter ausgedehnte Räucherung ohne Borsäure. In vielen Fällen kann überhaupt nicht der Nachweis geführt werden, ob einwandfreies Fleisch oder von vornherein Abfälle und Fleisch, welches ohne Auffrischungsmittel nicht verkäuflich gewesen wäre, zur Verwendung gelangte. So ist für das schwefligsaure Natrium durch eine Reihe der sorgfältigsten Versuche nachgewiesen, dass es keine nennenswerthe desinfizirende, sondern nur eine erhebliche, die Fäulnissbakterien in ihrer Entwicklung hemmende Wirkung besitzt, dagegen den rothen Muskelfarbstoff erhält, so dass es in der That rothes Fleisch vor dem Grauwerden schützt. Ausserdem vermag es auch graugewordenem Fleische die rothe Farbe zurückzugeben.

Der im Jahre 1900 in Paris abgehaltene internationale Hygienekongress sprach sich gegen jeden Zusatz von antiseptischen Stoffen zu frischen Nahrungsmitteln aus. So weit zu gehen, dürfte sich aus praktischen Erwägungen nicht empfehlen, vielmehr wird, der Wichtigkeit der Nahrungsmittelkonservirung entsprechend, bei jedem einzelnen Stoffe die Frage nach der Nothwendigkeit des Verbots aus gesundheitlichen und wirthschaftlichen Gründen genau zu prüfen sein.

Von diesen Gesichtspunkten aus wurde in eine Prüfung der Stoffe, die gegenwärtig bei der Behandlung des Fleisches zum Zwecke seiner Haltbarmachung oder zur Herbeiführung eines schöneren Aussehens zugesetzt zu werden pflegen, eingetreten und auf Grund der angestellten Erhebungen ermittelt, dass nachbezeichnete Stoffe von der ferneren Verwendung bei der gewerbsmässigen Behandlung von Fleisch auszuschliessen sein möchten:

1. Borsäure und deren Salze,
2. Formaldehyd,
3. Alkali- und Erdalkali-Hydroxyde und -Karbonate,
4. Schweflige Säure und deren Salze, sowie unterschwefligsaure Salze,
5. Fluorwasserstoff und deren Salze,
6. Salicylsäure und deren Verbindungen,
7. Chlorsaure Salze.

   Als Stoffe, welche nur unter gewissen Bedingungen bei der gewerbsmässigen Zubereitung von Fleisch zu erlauben, im Uebrigen aber ebenfalls zu verbieten sein dürften, sind

8. Farbstoffe jeder Art anzusehen; die ausnahmsweise Zulassung ihrer Verwendung wird sich nur zum Zwecke der Gelbfärbung der Margarine und zum Zwecke des Färbens der Wursthüllen rechtfertigen lassen.

Alle diese Stoffe, ausgenommen die Alkali- und Erdalkaliverbindungen und einige Farbstoffe, sind in den üblichen, zur Verwendung kommenden Mengen als gesundheitsschädlich zu betrachten. Die unter Ziffer 1, 2, 3, 4 und 8 aufgeführten Stoffe sind ausserdem geeignet, über die wirkliche Beschaffenheit der Waare zu täuschen, insofern sie die Kennzeichen der Zersetzung, wie veränderte Farbe, Geruch, Konsistenz verdecken und theilweise die Farbe des frischen Zustandes vorspiegeln.

Das Verbot, welches von erheblicher Bedeutung für die betheiligten Kreise im In- und Ausland ist, wird dies umsomehr werden, je längere Zeit bis zum Inkrafttreten desselben verstreicht. Der Gebrauch der antiseptischen Mittel zur Haltbarmachung von Fleisch bürgert sich schon aus Bequemlichkeitsgründen immer mehr ein, zumal ihre Anwendung auch finanziell vortheilhaft ist und das Publikum in Täuschung über den wirklichen Werth der Waare erhält.

II. Besonderer Theil.

1. Borsäure und deren Salze.

Borsäure findet sich häufig als natürlicher Bestandtheil in Obst, Aepfeln, Birnen, Pflaumen und Kirschen, in der Wassermelone, in Weintrauben und damit im Weine selbst. Indessen ist der natürliche Borsäuregehalt durchweg ein so geringer, dass derselbe nicht gesundheitsschädlich ist. In Weinen sind Mengen von 1,52 bis 33 mg Borsäure im Liter gefunden worden; Aepfel- und Birnenweine enthielten 11 bis 17 mg Borsäure im Liter; verschiedene Aepfelsorten rund 0,7 bis 1,6 mg

Borsäure; Birnen 0,8 bis 1,9 mg Borsäure in 100 g; Zwetschensaft 27,6 mg, Reineklaudensaft 22,6 mg und Kirschsaft 40,4 mg Borsäure in einem Liter (vergl. K. Windisch, „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte“, Bd. 14, 1898, S. 391 ff.).

Anders steht es mit der Aufnahme von Borverbindungen durch den Genuss konservirter Lebensmittel.

Borsäure und Borax unterscheiden sich als Konservirungsmittel dadurch wesentlich von den übrigen, dass sie nicht nur für das eine oder andere Lebensmittel, sondern ganz allgemein zur Haltbarmachung von Schinken, Lachsschinken, Speck, Trockenpökelrindfleisch, Dauerwurst, Blutwurst, Brühwürstchen, Frankfurter Würstchen und anderen Fleischwaaren, Fischen, frischen Schalthieren, Milch, Butter, Margarine, Eigelb, Eiweiss empfohlen und bereits verwendet werden.

Abgesehen von dem absichtlichen unmittelbaren Zusatze der Präparate selbst zu den Nahrungsmitteln können übrigens z. B. Borverbindungen in Leberwurst auch gelangen bei Verwendung von Lebern, welche, mittelst eingespritzter Borlösungen konservirt, nach Deutschland eingeführt werden. Ferner in Würstchen durch Verwendung von Eiweiss aus Konditoreien u. s. w., das zur Haltbarmachung mit Borsäure versetzt wird.

Als erstes borhaltiges Konservirungsmittel für Fleisch und Milch kam das sogenannte Aseptin in den Handel (1873). Jetzt giebt es eine grössere Anzahl borhaltiger Konservirungsmittel, wie zahlreiche im Kaiserlichen Gesundheitsamt ausgeführte Untersuchungen erwiesen haben, z. B. Konservirungsflüssigkeit für Wurstgut, verschiedene Präservirungssalze, einfaches und dreifaches Konservirungssalz, Wickersheimer'sche Flüssigkeit zur Konservirung von Nahrungsmitteln, Boroglycerid. Auch in Farbstoffen zur Färbung von Wurst findet sich Borax und in Pökelrezepten wird Borsäure neben Kochsalz und Salpeter empfohlen (Herzen'sche Methode 1875). Nach einem neueren Rezepte werden einer Pökellage mit 100 Pfund Salz 2 Pfund Borsäure zugesetzt.

Die in den so konservirten Nahrungsmitteln gefundenen Mengen von Borverbindungen schwanken sehr, sind aber meist nicht unbeträchtlich. Das amerikanische Trockenpökelrindfleisch enthält nach Angabe der einführenden Händler 1 bis 2 Prozent Borsäure; es sind aber darin bis 3,87 Prozent Borsäure (Dresden) gefunden worden; bei Untersuchung von 51 Proben im Kaiserlichen Gesundheitsamte konnte in 9 Borax nur qualitativ, in 2 weniger als 0,5 Prozent, in 7 Proben 0,5 bis 1,0 Prozent, in 19 Proben 1,0 bis 2,0 Prozent, in 13 Proben 2,0 bis 3,0 Prozent, in 1 Probe 3,36 Prozent Borax nachgewiesen werden (Polenske, „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte“, Bd. 17, 1900, S. 561). Dass die Borverbindungen selbst beim Aufstreuen nach längerer Einwirkung bis in die Mitte der Fleischstücke eindringen können und zwar bei frischem Fleische in erheblicherem Masse und in kürzerer Zeit als bei geräucherter Waare, haben ebenfalls Versuche im Kaiserlichen Gesundheitsamte ergeben. Frisches, fettreiches Schweinefleisch, welches in Boraxpulver gepackt, 3 Wochen aufbewahrt worden war, enthielt in den innersten Theilen 2,73 Prozent Borax, während eine Durchschnittsprobe des übrigen Fleisches 4,05 Prozent Borax aufwies. Zwei geräucherte Schinken, welche 4 Wochen lang in Borax- beziehungsweise Borsäurepulver eingehüllt gelegen hatten, zeigten in einer Tiefe von $^1/_2$ cm von der Oberfläche A: 0,45 Prozent Borax und B: 0,273 Prozent Borsäure, in einer Tiefe von 4 bis 6 cm A: 0,096 Prozent Borax und B: 0,025 Prozent Borsäure. Auch in Speckseiten können die Borverbindungen, selbst beim blossen Einstreuen und Verpacken mit denselben, eindringen, da auch der Speck in Folge seines Wassergehalts und der Hautmuskeln, die in ihm liegen können, die Bedingungen zur Aufnahme von Borverbindungen bietet.

Es ist hiernach die Erfüllung des Wunsches der Interessenten, wenigstens das Bestreuen von geräuchertem und gepöckeltem Fleische zu gestatten, nicht angängig. Ausserdem würde man hinterher durch die chemische Untersuchung mit Sicherheit nicht feststellen können, ob derartiges Fleisch mit Borpräparaten bestreut oder durch Einlegen in eine Lösung derselben behandelt worden ist.

Die Behauptung, dass durch gründliches Abwaschen und Wässern die Borverbindungen zum grössten Theil aus dem Fleische entfernt werden, ist durch die Untersuchungen von Beythien und Hempel widerlegt. Wuschen sie amerikanisches Trockespökelrindfleisch, das 1,12 Prozent Borsäure enthielt, unter der Wasserleitung und wässerten es $2^1/_2$ bezw. 12 Stunden, so enthielt es immer noch 0,96 bezw. 0,69 Prozent Borsäure (Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel 1899, S. 842). In die Bouillon gingen beim Kochen noch 0,26 Prozent bezw. 0,17 Prozent Borsäure über. Auch die übliche Zubereitung zum Essen schützt also nicht vor der Aufnahme grosser Bormengen; was das Fleisch davon weniger führt, enthält dann die Bratensauce oder die Fleischbrühe.

In frischen Bratwürsten in Büchsen sind bis zu 0,87 Prozent Borsäure (Popp und Fresenius, Zeitschrift für öffentliche Chemie 1897, S. 155), in Krabben sogar bis zu 2,8 Prozent Borsäure gefunden worden (Kister, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 37, 1901, S. 226). Es können hiernach leicht täglich 3 g oder mehr von Borsäure oder deren Salzen allein mit Fleisch aufgenommen werden, eine Menge, welche Forster schon 1884 bei gleichzeitigem Genusse von borsäurehaltigem Fleische, Milch und anderen Getränken während eines Tages als möglich hingestellt hat. Dass derartig hohe Prozentsätze im Fleische nicht etwa Ausnahmen und durch Gewissenlosigkeit der Fleischer bedingt sind, beweist die ganze Natur der Borpräparate als Konservirungsmittel. So lässt sich nach Lazarus Milch nur durch so grosse Zusätze von Borsäure süss erhalten, dass die Milch ihres Geschmacks wegen zum Genuss untauglich wird (Zeitschrift für Hygiene, Bd. 8, 1890, S. 207). Wie wenig zuverlässig die Konservirung aus dem Auslande eingeführter Schinken mit Borpräparaten ist, beweist die Thatsache, dass nicht allzu selten die in Fässer gepressten und mit diesen Mitteln eingestreuten Fleischstücke in verdorbenem Zustand in Deutschland ankommen. Bereits in den technischen Erläuterungen zu dem Gesetze, betreffend den Verkehr mit Wein, vom 20. April 1892, wurde darauf hingewiesen, dass die antiseptische und damit auch die konservirende Wirkung der Borsäure und ihrer Salze verhältnissmässig gering sei, so dass zu einer sicheren Haltbarmachung nicht unbeträchtliche Mengen nöthig seien. Diese Angabe lässt sich noch durch neuere Versuche dahin erweitern, dass Lange in Blut- und Fleischproben mit Hilfe von Borverbindungen bei keiner Konzentration und bei keiner Zeitdauer Bakterienwachsthum oder Schimmelbildung unterdrücken konnte (Archiv für Hygiene, Bd. 40, 1901, S. 143); ja sogar in der völlig erweichten, durch und durch mit Borsäure durchsetzten Rindenschicht einer Fleischprobe, welche in einem Glase mit Borsäure verpackt aufgehoben worden war, zeigten sich die Bakterien keineswegs abgetödtet (Rubner). Bei den angeführten Versuchen Langes hat sich gleichzeitig gezeigt, dass Borverbindungen das Fleisch länger weich und saftig, d. h. mehr wasserhaltig erhalten, als Kochsalz und auch die rothe Farbe des Fleisches bis zu einem gewissen Grade konserviren, dass sie aber nur den Fäulnissgeruch bei beginnender Zersetzung zu verdecken im Stande sind.

Die Thatsache, dass grössere Mengen von Borverbindungen zur Konservirung non Fleisch nöthig sind und auch thatsächlich verwendet werden, ist von Wichtigkeit für die Beurtheilung vom gesundheitlichen Standpunkte. Wenn auch zugegeben werden muss, dass nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen die als natürliche Bestandtheile in Nahrungsmitteln vorkommenden kleinsten Mengen von Borsäure ohne schädigenden Einfluss auf die Gesundheit sind, so sind die thatsächlich bei der Haltbarmachung von Nahrungsmitteln zur Verwendung gelangenden Mengen bis nahezu 4 Prozent in gesundheitlicher Beziehung keineswegs unbedenklich.

Auch verleihen sie den Nahrungsmitteln, solange sie ihnen nur in mässigen Mengen zugesetzt werden, nach Rubners Beobachtungen nicht einen charakteristischen, ihre Anwesenheit verrathenden Geschmack. Gerade diese Thatsache ist nicht ohne Bedeutung. Da Borax wohl in wässeriger Lösung einen widerlichen Geschmack besitzt, nicht aber im Fleische, das noch andere Schmeck- und Riechstoffe enthält und in welchem ausserdem noch Gewürze sich finden können, so kann der Abnehmer sich durch seinen Geschmackssinn nicht vor der Aufnahme übermässiger Mengen Borpräparate schützen. Ganz abgesehen davon, dass Prozentsätze von nahezu 4 Prozent Borsäure in Fleischwaaren, die anstandslos gegessen sein würden, aufgefunden worden sind, hat schon Lazarus auf Grund von Versuchen für Borsäure und Borax in Milch Mengen von 1 bis 2 g beziehungsweise 4 g auf 1 Liter als diejenigen angegeben, welche von einem empfindlichen Geschmack erkannt werden (1890 a. a. O.).

Die Borsäure und der Borax dürfen im Allgemeinen in ihrer Wirkung auf den menschlichen Körper als gleichartig angesehen werden; nur soweit die schwachsaure oder die alkalische Reaktion ihrer Lösungen zur Geltung kommen kann, sind sie verschieden. Der alkalisch reagirende Borax verursacht leichter Reizung und Röthung der Schleimhäute, des Magens und des Darmes, Druckgefühl, Uebelkeit, Erbrechen als die Borsäure. Im Magen wird in Folge der Salzsäure des Magensaftes ein Theil des Borax in Borsäure übergeführt, im Darme die Borsäure zu borsauren Salzen abgestumpft, so dass auch die Borsäure an der Stätte der Aufsaugung als borsaures Salz vorhanden ist.

Somit ist es nicht angängig, die Verwendung der Borsäure als Konservirungsmittel, wie es angeregt worden ist, zu verbieten und den Borax hierfür zuzulassen. Uebrigens ist auch der Deutsche Fleischerverband im Gegensatze hierzu in einer Druckschrift „Gutachtliche Aeusserungen des Deutschen Fleischerverbandes bezüglich der zu erlassenden Ausführungsbestimmungen zum Deutschen Fleischbeschaugesetz 1901“ (Hamburg, 1901) für die Verwendung der Borsäure eingetreten, sagt dagegen vom Borax Folgendes (S. 30): „Borax ist als Konservirungsmittel ohne Weiteres zu verwerfen, da es eine Verseifung der damit behandelten Fleisch- und Fetttheile zur Folge hat, die dieselben übel von Geruch und Geschmack und für den Genuss widerwärtig und schwer verdaulich macht.“ Hierzu kommt, dass es in vielen Fällen nicht möglich sein wird, durch die Untersuchung nachzuweisen, ob die Borsäure oder ein Salz derselben verwendet worden ist.

Die Nothwendigkeit der Verwendung von Borsäure ist insbesondere mit Bezug auf die sogenannten Frankfurter Würstchen und die sogenannten Lachsschinken behauptet worden. Gegenüber der Behauptung der Fabrikanten, dass die Frankfurter Würstchen wenigstens für die Ausfuhr ohne Borsäurezusatz nicht haltbar seien, wird indessen von anderer Seite darauf hingewiesen, dass jene Würstchen in früherer Zeit auch ohne solche Zusätze hergestellt seien und dass gerade diese Zusätze dazu beigetragen hätten, den Wassergehalt der Würstchen gegen früher nicht unwesentlich zu erhöhen. Auch jetzt noch würde es durch geeignete Behandlung sehr wohl möglich sein, die Würstchen ohne Borzusatz als Dauerwaaren für die Ausfuhr herzustellen. Es kann demnach ein Bedürfniss für eine Ausnahmestellung der Frankfurter Würstchen gegenüber einem Verbote der Borsäure und des Borax zum Mindesten nicht als erwiesen erachtet werden.

Das Gleiche trifft für Lachsschinken zu. Borsäure ist in allen diesen Fällen mehr ein Beschwerungsmittel zur Erhöhung des Wassergehalts, als ein wirkliches Konservirungsmittel.

Die mit Borsäure und Borax angestellten Versuche über den Ablauf der Verdauungsvorgänge und der Labgerinnung der Milch ausserhalb des Körpers im Reagenzglase sind nicht von ausschlaggebender Bedeutung für die Beantwortung der hier gestellten Frage. Den Borverbindungen kommt keine ihnen eigenthümliche Beeinflussung der bei jenen Vorgängen wirksamen Fermente zu; soweit die Reaktion der Borverbindungen nicht bereits vom Nahrungsmittel, wie Milch im Beginne der Säuerung, zu dem sie zugesetzt worden, aufgehoben worden ist, wirken sie hierbei nach Massgabe ihrer sauren oder alkalischen Reaktion im Wesentlichen anscheinend nicht anders als eine säuerliche Limonade oder ein alkalisches Tafelwasser.

Nach den bei der arzneilichen Verwendung und im Thierversuche gewonnenen Erfahrungen galt bisher die Borsäure in Lösung entsprechend ihrem chemischen Verhalten hinsichtlich der Reizwirkung als ein verhältnissmässig ungefährlicher Stoff. Weder auf die Augenbindehaut noch die Schleimhäute der Mundhöhle, des Magens, des Darmes und der Blase haben selbst gesättigte (vierprozentige) Lösungen beim Menschen eine schädliche Wirkung gezeigt. Dagegen hat Röse unter Hofmanns Leitung neuerdings nach Gebrauch einer zweiprozentigen Borsäurelösung als Mundspülwasser eine starke Reizwirkung festgestellt, bestehend in vermehrter Absonderung von Schleim und gesteigerter Abstossung von Zellen der Schleimhäute (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 36, 1901, S. 161).

Unter gewissen Umständen können Borverbindungen eine Reizwirkung auf die Schleimhaut des Magens ausüben. So hat Liebreich (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1900, S. 83) bei zwei seiner Versuchshunde, denen er täglich 0,23 bis 0,24 g Borsäure pro Kilogramm Körpergewicht, also eine Menge, die weit unter der von Neumann angegebenen unschädlichen Grenze von 0,4 g für Hunde liegt, verfütterte, nach 12 und 15 Tagen Erbrechen festgestellt. Bei Versuchen des Kaiserlichen Gesundheitsamts erbrach ein Hund von 10 kg auf 2 g Borsäure im gewohnten Fleischfutter, obwohl er vorher tägliche Gaben von kohlensaurem Natrium bis zu 8 g, von salpetersaurem Kalium (Salpeter) bis zu 10 g verzehrt hatte, und vertrug im Hungerzustande bereits die Gabe von 1 g Borsäure in 100 ccm Wasser nicht, obwohl er vorher und nachher auf das Wasser allein nicht erbrach. Noch empfindlicher erweisen sich Katzen; wenigstens verweigerten, abgesehen von einer Katze, welche erst auf 2 g die Fresslust verlor, zwei ihr Futter von 200 g Fleisch bereits bei Zugabe von 0,5 g Borsäure (0,25 Prozent borsäurehaltiges Fleisch) und eine Katze ihr Futter bei Zusatz von 0,5 g Borax. Mattern, der 1 g Borsäure ohne Beschwerden vertrug, verspürte nach 2 g so heftige Magenschmerzen, dass er sich zu einer Wiederholung des Versuchs nicht entschliessen konnte. Ebenso ungünstig verliefen Versuche an 2 Kaninchen und 1 Hund (Bericht der 7. Versammlung der freien Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie, 1888). Besonders ist aber

hier auf die Beobachtungen Binswangers hinzuweisen, der bei verschiedenen Kranken durch Verordnung von Borverbindungen in allerdings grossen Gaben eine bereits bestehende entzündliche Reizung des Magendarmes sich steigern sah (Pharmakologische Würdigung der Borsäure, 1846). In England sind neuerdings Fälle von Diarrhoe bei kleinen Kindern nach Genuss konservirter Milch beobachtet worden; sie schwanden, wenn reine Milch, sie setzten wieder ein, wenn borhaltige Milch von Neuem gegeben wurde (Tubb Thomas). Aehnliche klinische Beobachtungen wurden bei Kindern im Falle der Ernährung mit borhaltiger Milch gemacht (Allen).

Französische Aerzte, welche die Fallsucht mit grossen Gaben Borax behandeln, unterscheiden sogar bestimmte „Borismus" genannte Anzeichen einer Erkrankung, die in Hautausschlägen, Kräfteverfall und Nierenentzündung sich äussern soll.

Einwandfrei sichergestellt ist, dass die Borverbindungen die Ausnutzung der eiweisshaltigen Nahrung herabzusetzen vermögen; schon nach Gaben von 0,5 g Borsäure wurde in dem Versuche Forsters und Schlenkers mehr Stuhl und in ihm eine grössere Menge verdaulicher Stoffe ausgeschieden (Archiv für Hygiene, Bd. 2, 1884, S. 75). Bei einem diesem ähnlichen Versuch im Gesundheitsamte konnte der gleiche Einfluss auf die Ausnutzung der Nahrung beim Menschen aufgefunden und mit Hilfe einer anderen Versuchsanordnung gestützt werden, welche gestattet, die in den einzelnen Stunden nach einer borsäurehaltigen Mahlzeit aufgenommen und als stickstoffhaltige Harnbestandtheile ausgeschiedenen Eiweissmengen mit Normalwerthen zu vergleichen. In 4 anderen Versuchen, welche mit 3 g Borsäure und 3 bis 5 g Borax über 10 bis 12 Tage ausgedehnt wurden, trat dieser die Ausnutzbarkeit der eiweisshaltigen Nahrung herabsetzende Einfluss allerdings nur einmal einwandfrei ein, erstreckte sich aber auch auf die Ausnutzung des Fettes und wiederholte sich in gleicher Weise bei einem zweiten Versuchsabschnitte mit Borsäureeinnahme. Ein ähnlicher Befund, nämlich eine deutliche Störung in der Verwerthung der Nahrung, wurde von Chittenden und Gies (American Journal of Physiology, Bd. 1, 1898, S. 1) und von Liebreich (a. a. O.) für den Hund erhoben.

Es würde die von Forster und Schlenker ausgesprochene Vermuthung, dass es sich hierbei nicht nur um eine Schädigung des Organismus durch eine gesteigerte Abstossung von Zellen der Darmwand und Mehrabsonderung von Schleim handle, durch die schon erwähnten Ergebnisse der Versuche Röses (a. a. O.) eine nicht unwesentliche Stütze finden können.

Von Allgemeinwirkungen, d. h. Wirkungen, welche erst nach dem Uebertritte der Borverbindungen in die Blutbahn auftreten, ist hier ein in Versuchen des Kaiserlichen Gesundheitsamts am Menschen regelmässig beobachtetes Absinken des Körpergewichts anzuführen.

Versuchsperson A, welche sich in einem Vorversuche von 7 Tagen auf gleichem Gewicht erhalten hatte (63 400 g), verlor während einer 12 tägigen Versuchszeit, in der sie täglich 3 g Borsäure ass, 1150 g, Versuchsperson B bei einem Gewicht von 59 200 g unter denselben Bedingungen 1000 g, Versuchsperson N bei einer 10 tägigen Aufnahme von 3 g Borax 1200 g ihres 71 600 g betragenden Körpergewichts. Die letzte Versuchsperson hat durch gleich lange Stoffwechselversuche mit anderen Stoffen erwiesen, dass der Versuch an sich das Körpergewicht in keiner Weise verändert. Zwei weitere Versuchspersonen (W und S) verloren nach einer Vorperiode mit gleichem Gewichte schon nach der ersten Tagesgabe von 3 g je 800 g, im Verlaufe des fünftägigen Versuchs 1300 g bezw. 1600 g an Körpergewicht Auch die beiden mit Borsäure gefütterten Hunde zeigten einen Rückgang des Körpergewichts von 10 000 auf 9 500 g und von 9 750 auf 8 300 g. Dieser Verlust an Körpergewicht ist theilweise durch eine der Borsäure eigenthümliche Wassermehrausscheidung im Harn bedingt, theilweise dürfte er, da der Eiweissumsatz unter Borsäuregenuss nicht leidet, auf Kosten des in vermehrter Menge umgesetzten Körperfetts geschehen, eine Annahme, zu deren Prüfung geeigte Versuche im Gange sind.

Von Wichtigkeit zur Beurtheilung der Borwirkung ist ferner der im Gesundheitsamt erhobene (und auch von anderer Seite [Johnson, Nord. mediz. Archiv, Bd. 17, 1885, No. 9] bereits beobachtete) Befund, dass bei 3 Versuchspersonen noch 18 bis 19 Tage, bei 2 anderen, welche nur 5 Tage lang Borsäure genossen hatten, 12 bis 14 Tage nach dem Aufhören der Boraufnahme Borsäure mit dem Harn ausgeschieden wurde, besonders deshalb, weil nach Mittheilung des französischen Arztes Féré (La semaine médicale, 1894, No. 62, S. 497) bei Nierenkranken mitunter noch 6 bis 8 Wochen nach der Borzufuhr der Harn borsäurehaltig war; mit der Gefahr einer zur Erkrankung führenden Anhäufung der Borsäure im Körper muss also gerechnet werden. Neben der Abnahme des Körpergewichts und der Borzurückhaltung spricht noch ein dritter Befund, eine bei 4 Versuchspersonen aufgefundene Steigerung der Harnmenge, dafür, dass der Borsäure chronische Wirkungen zukommen.

Was die vielfach der Borsäure zur Last gelegten Hautausschläge anlangt, so sind die meisten derselben zwar nicht einwandfrei beobachtet und beschrieben, immerhin hat Binswanger (a. a. O.) an sich nach Einnahme grosser Gaben Hautausschläge auftreten sehen und Handford neuerdings eine Beobachtung mitgetheilt, bei der nur die Borsäure die Veranlassung des Ausschlags sein konnte. Bei einem Patienten mit Magenerweiterung trat jedesmal dann ein Ausschlag ein, wenn der Magen mit Borsäurelösung ausgespült wurde, nicht aber, wenn Wasser verwendet wurde (Brit. med. journ. 1900, 24. November, S. 1495).

Diesen auf eine wenigstens theilweise schädigende Beeinflussung des menschlichen und thierischen Körpers deutenden Beobachtungen stehen Erfahrungen und Versuche ohne ein bestimmtes Ergebniss gegenüber.

Die zur Behandlung von Wunden, Mundgeschwüren (der sogenannte Borsäureschnuller gegen Soor der Kinder) und früher auch gegen andere Krankheiten (Diphtherie, Cholera) vielfach gebrauchten Borverbindungen haben sich nach den Erfahrungen der Aerzte nicht als gefährlich oder von zur Vorsicht mahnenden Nebenwirkungen begleitet erwiesen. Die meisten veröffentlichten Versuche am Menschen über die Aufnahme von Borsäure in Menge bis zu einigen Grammen, selbst über einige Wochen ausgedehnt, haben eine Störung des Wohlbefindens nicht erkennen lassen: Wildner nahm mehrere Tage hindurch 0,5 g bis 1 g; auch eine Gabe von 2,5 g Borsäure in 1 Stunde genossen, erwies sich als wirkungslos (Dissertation Würzburg 1885). Nach Polli haben 8 Personen innerhalb 45 Tagen täglich 2 g und innerhalb 23 Tagen 4 g in Milch ohne nachweisbare Schädigung zu sich genommen. Binswanger spürte erst bei Einnahme von Mengen, die etwa 4 g Borsäure betrugen, leichte Uebelkeit. Dem gegenüber hat Kister schon nach 1 g Borsäure bei 4 von 6 Personen leichtere Magendarmstörungen und bei 2 von 3 Personen nach 3 g täglich sogar schwerere Erscheinungen beobachtet (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 37, 1901, S. 225). Das Wachsthum

junger Thiere (5 Wochen alte Kätzchen und Hunde, und ausserdem 4 Hunde vom 90. bis 190. Lebenstage) wird entgegen den auf mangelhafter Versuchsanordnung beruhenden Ergebnissen Annetts (The Lancet 1899, 11. November), welcher solche Kätzchen an Borsäure sterben sah, nicht beeinflusst (Versuche des Kaiserlichen Gesundheitsamts). Auch saugende Schweine sollen einer Angabe Tunnicliffes und Rosenheims zufolge auf Gaben von 0,2 bis 2,4 g Borsäure täglich während 7 Wochen weder im Wachsthume noch im sonstigen Gesundheitszustande beeinflusst worden sein. Nach sorgfältigen Versuchen Tunnicliffes und Rosenheims nahmen Kinder von $2^1/_2$, 4 und 5 Jahren trotz 7tägiger Aufnahme von täglich 0,5 bis 1 g Borsäure und 5tägiger Aufnahme von täglich 1,5 g Borax an Gewicht zu. Irgend eine Einwirkung auf die Nahrungsausnutzung, den Eiweissstoffwechsel war nicht festzustellen, auch zeigte der Harn bereits nach 3 Tagen Borsäurefreiheit des Körpers an (Journal of hygiene Bd. 1, 1901, S. 168).

Die von Chittenden und Gies (a. a. O.) ausgeführten Stoffwechselversuche an Hunden sind so wenig einwandfrei, dass sie zur Entscheidung besonderer Fragen nicht herangezogen werden können. Immerhin haben sie, wie auch die Versuche Liebreichs, ergeben, dass eine nennenswerthe Beeinflussung des Eiweissumsatzes bei Hunden nicht stattfindet.

Die Versuche an Kindern und jungen Thieren weisen nach, dass in dem jugendlichen Organismus die Wachsthumsenergie durch mässige Gaben von Borpräparaten nicht gehemmt wird, ohne dass hieraus massgebende Schlüsse auf die allgemeine Bedeutung der Präparate für die Ausnutzung der Nahrung bei erwachsenen und geschwächten Personen gezogen werden dürfen.

Wenn aber zu Gunsten des Borax auf Versuche mit dem thatsächlich schon so lange gebrauchten Kalisalpeter verwiesen wird, die in 36 Tagen bei täglicher Aufnahme von 3 g einen Gewichtsverlust von 20 Prozent bei einem Hunde von 27 kg erzeugten (Liebreich), so ist demgegenüber darauf hinzuweisen, dass ein Hund von 10 kg Gaben bis zu 10 g Kalisalpeter vertrug, ohne nur die geringste Schwankung im Körpergewichte zu zeigen, und dass andere Hunde 17 und 20 g Natronsalpeter ohne Schaden aufnahmen (E. Rost, Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Bd. 18, 1901, S. 78).

Es sind demnach die in den Fachzeitschriften niedergelegten Versuchsergebnisse und Erfahrungen keineswegs derart, die Unschädlichkeit der Borsäure und deren Salze oder gar die von Einzelnen behauptete Nützlichkeit derselben für den menschlichen Organismus zu beweisen. Vielmehr haben sich die Borverbindungen besonders in den am Menschen angestellten Stoffwechselversuchen als keineswegs gleichgiltig erwiesen, was deswegen noch besonders hervorgehoben zu werden verdient, weil einige Forscher ihr günstiges Urtheil — soweit ihre eigenen Versuche in Betracht kommen — nur durch Untersuchungen am Thiere stützen.

Während ferner von einem Theile der Forscher bei ihren Untersuchungen im Wesentlichen nur auf etwaige akute Störungen durch den Genuss von Borverbindungen gefahndet worden ist, sind in den Versuchen des Kaiserlichen Gesundheitsamts chronische Einwirkungen dieser Stoffe auf den menschlichen Körper gefunden worden, die wie die Steigerung der Harnmenge und das lange Verbleiben der Borverbindungen im Organismus zum Mindesten als eine Störung der Lebensvorgänge anzusehen sind, während die Abnahme des Körpergewichts direkt als eine Schädigung des Körpers angesprochen werden muss.

Demnach muss daran festgehalten werden, dass die Borsäure und der Borax sowohl vom gesundheitlichen Standpunkt aus zu beanstanden sind, wie auch, dass sie geeignet sind, über die Beschaffenheit der mit ihnen versetzten Nahrungsmittel zu täuschen.

Verbote der hier in Frage kommenden Art sind auch vom Auslande schon erlassen worden, so hat beispielsweise Frankreich die Einfuhr von Fleisch, welches mit Borsäure oder Borax versehen ist (Zirkularerlass des Ackerbauministers vom 30. März 1898), die Schweiz die Einfuhr von Speck- und Fleischsendungen, bei denen das Vorhandensein von Bor und Borpräparaten nachweisbar ist, verboten (Verfügung des schweizerischen Landwirthschaftsdepartements vom 5. Dezember 1898, Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamts 1899, S. 328). In Belgien ist es verboten, dem gehackten Fleische oder Zubereitungen von Fleisch (dérivés de viande), Fleischgelatine, Brühe, Extrakten, Peptonen u. s. w. irgend eine antiseptische Substanz beizufügen (Königliche Verordnung vom 28. Mai 1901, Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamts 1901, S. 837).

Dass das Ausland aber in der Lage ist, Fleischsendungen in genussfähigem Zustand in andere Länder einzuführen, ohne dass Borverbindungen zur Haltbarmachung in Verwendung kommen, zeigt die Thatsache, dass in der Schweiz borfreies Fleisch aus Amerika und nach einer Mittheilung des Direktors des hygienischen Instituts Hofmann in Leipzig auf dem dortigen Schlachthof amerikanische Schinken, die frei von Borverbindungen sind, in unverdorbenem Zustand eingeliefert werden.

2. Formaldehyd.

Der Formaldehyd ist für niedere Lebewesen ein heftiges Gift, ein wirksames Desinfektionsmittel und geeignet, üblen Geruch zu beseitigen. Zum Zwecke der Konservirung von Nahrungsmitteln wird er in Form der Dämpfe und der wässerigen Lösung benutzt. Fleisch wird in eigens dazu hergerichteten Schränken den Dämpfen des Formaldehyds ausgesetzt, in England wird in steigendem Masse die Milch durch dieses Mittel süss zu erhalten gesucht. Der Formaldehyd hat hier die Salicylsäure so gut wie vollständig, die Borsäure und deren Salze erheblich verdrängt. In Amerika wird Milch mit den Formaldehydpräparaten Freezine, Milk-sweet, Callerine u. s. w. versetzt (Annett, The Lancet 1899, 11. November). Nach Duff Manufacture of sausages, New York, S. 56) werden zur Wurstbereitung Mittel, die Formaldehyd enthalten, verwendet.

Der Formaldehyd geht mit Eiweisskörpern Verbindungen ein, die theilweise untersucht sind (L. Schwarz, Zeitschrift für physiolog. Chemie, Bd. 31, 1901 S. 460), verliert dadurch aber nicht völlig seine Wirksamkeit: es gelingt noch nach Wochen, ihn hieraus wieder abzuscheiden. Nach den Untersuchungen von Weigle und Merkel werden die Eiweisskörper der Milch durch die Einwirkung von Formaldehyd wesentlich verändert. So zeigt das Kaseïn einer mit Formaldehyd haltbar gemachten Milch veränderte Löslichkeit und giebt bei Fällung einen grossflockigen, dicken Niederschlag. Diese Eigenschaften würden so konservirte Milch von der Verwendung für die Kinderernährung ausschliessen (Forschungsberichte über Lebensmittel, 1895, S. 91).

Wegen seiner stark ätzenden Eigenschaft besonders auf Schleimhäute, mit deren Gewebsbestandtheilen er sich verbindet, ist der Formaldehyd als Konservirungsmittel vom Standpunkte der Gesundheitspflege aus bedenklich. Die von Anderen beobachteten örtlichen Reizerscheinungen des Formaldehyds im Magen sind auch im Kaiserlichen Gesundheitsamte gesehen worden. Ein Hund von 10 kg Gewicht erbrach regelmässig sein Futter (350 g Fleisch), sobald demselben 0,4 g Formaldehyd zugemischt waren, nach einigen Stunden, während er auf die Menge von 0,6 g im Futter sofort mit Erbrechen antwortete.

Allerdings wird behauptet, dass schon Mengen von $^1/_{50}$ eines Grammes in 1 Liter Milch zur Erhaltung des süssen Geschmacks bis zu 48 Stunden genügen sollen. Jedoch ist andererseits erwiesen, dass pathogene Bakterien erst bei Zusätzen von mindestens 1 Prozent Formaldehyd abgetödtet werden, d. h. durch Dosen, welche in dieser Höhe schon aus Rücksicht auf Geschmack, Geruch und sonstige Eigenschaften der Milch als Genussmittel, aber auch aus Rücksicht auf die Gesundheit des Geniessenden nicht zulässig erscheinen.

Dagegen ist von Tunnicliffe und Rosenheim nachgewiesen worden, dass 3 Kinder von $2^1/_2$ bis 5 Jahren bei einem Zusatze von Formaldehyd zu der Milch (im Verhältniss 1 auf 5000 oder 1 auf 9000 in der Gesammtnahrung) eine eben beginnende verminderte Aufsaugung des Phosphors und des Fettes im Darme zeigten und dass in dem einen Falle, wo es sich um ein schwächliches Kind handelte, der Einfluss auf die Eiweiss-, Phosphor- und Fettaufsaugung deutlich messbar verringert war (Journal of hygiene Bd. 1, 1901, S. 321). Eine besondere Bedeutung erlangen diese Versuche noch dadurch, dass sie zeigen, wie ein schwächliches Kind in der Genesung nach einer Lungenentzündung auf den der Nahrung zugesetzten Formaldehyd in erhöhtem Masse reagirte. Es fand nicht nur eine geringe Ausnutzung der genannten Nahrungsstoffe im Darme statt, sondern es trat auch — im Gegensatze zu den beiden anderen Kindern, welche weniger Harn ausschieden — eine Harnvermehrung bei diesem ein.

Auf den Ablauf der Verdauungsvorgänge wirkt der Formaldehyd verzögernd ein (Chittenden, Dietetic and hygienic Gazette 1893, Februar, Rideal und Foulerton, a. a. O., Maybery und Goldsmith, Journ. of the Amer. Chem. Soc. 1897, S. 889). Nach Untersuchungen von L. Schwarz (a. a. O.) ist reines Formaldehydserumalbumin vom verdauenden Fermente der Bauchspeicheldrüse, dem stärkstwirkenden des Körpers, überhaupt nicht angreifbar.

Gegen das Vorkommen des Formaldehyds in alkoholischen Getränken spricht sich Kobert zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen entschieden aus (Kobert, Intoxikationen 1893, S. 486). Vor dem innerlich verabreichten Formaldehyd in Form von Holzinol u. s. w. ist von medizinischer Seite mit Recht gewarnt worden. Ausserdem liegen aus den Jahren 1899 und 1900 die vier ersten Vergiftungsfälle durch versehentliches Trinken von Lösungen von Formaldehyd vor; eine der Personen erlag nach 29 Stunden der Vergiftung unter Herzschwäche (André, Journal de pharm. et de chimie X. 1899, S. 10; Medical Press 1899, S. 309, zitirt nach Tunnicliffe; Klüber, Münchener medizin. Wochenschrift 1900, No. 41; Zorn, ebenda No. 46).

Schliesslich kommt hier dazu, dass der Formaldehyd geeignet ist, durch Einwirkung auf riechende Stoffe und Fäulnissstoffe eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit der Waare zu verdecken.

3. Alkali- und Erdalkali-Hydroxyde und -Karbonate.

Durch die in einzelnen Fällen beobachtete Verwendung von Alkali- und Erdalkali-Hydroxyden und -Karbonaten zur Neutralisirung von Säuren in ranzig gewordenen Fetten wird eine minderwerthige Beschaffenheit der Waare verdeckt.

4. Schweflige Säure und deren Salze sowie unterschwefligsaure Salze.

a) Schweflige Säure und deren Salze.

Die schweflige Säure und deren Salze finden für die Haltbarmachung von Fleischpräparaten neben Borsäure und deren Salzen am meisten Verwendung. Der ursprüngliche Gebrauch der Räucherung ganzer Fleischstücke mit gasförmiger schwefliger Säure (Braconnot, nach Brevans, les conserves alimentaires 1896, S. 160) dürfte aufgegeben sein; in französischen Werken wird auch das Eintauchen von Fleisch in eine Lösung von schwefliger Säure und deren Salzen als gebräuchlich erwähnt (Brevans a. a. O.) Nocard berichtet über Haltbarmachung von Fleisch mittelst der schwefligsaure Salze enthaltenden Flüssigkeit „Oden" (Annales d'hygiène publique Bd. 32, 1894, S. 173). Die haltbar zu machende Waare wird mit den Salzen in Pulverform oder in Lösung vermischt, bisweilen, wenn es sich um Fleischstücke handelt, mit dem Salze bestreut oder eingerieben oder mit verdünnter Lösung abgewaschen. Auch zur Haltbarmachung von Blut werden die schwefligsauren Salze empfohlen. Nach den Gebrauchsanweisungen werden sie in der Form des trockenen Salzes oder einer Lösung für Hack- und Schabefleisch, für Wurst, Wildpret, Geflügel und Fische angewendet. Ausserdem werden eingemachte Gemüse (Spargel) und Früchte, getrocknete Früchte und Suppenkräuter mit schwefliger Säure oder deren Salzen versetzt. Auch in Wein findet sich in Folge des Schwefelns der Fässer freie wie auch wahrscheinlich an Aldehyd gebundene schweflige Säure.

Das neutrale und das saure Natrium- oder Calciumsalz der schwefligen Säure bildet den wirksamen Bestandtheil der meisten als Geheimmittel unter den verschiedensten Namen (Präservesalz, Meat preserve, Treuenit, Freeze-Em, Deutsches Fleischwasser, Konserve-Essenz u. s. w.) im Handel befindlichen Präparate. In einigen derselben findet sich nebenbei Borsäure beziehungsweise Borax (China-Erhaltungspulver, Minerva, Konservesalz ohne nähere Bezeichnung).

Der Gehalt an schwefligsaurem Salze im konservirten Hackfleische schwankt von kleinsten Mengen bis zu 1 und 1,36 Prozent (mit einem Gehalte von 0,25 und 0,34 schwefliger Säure); aber auch grössere Zusätze, 3,2 bis 4 Prozent schwefligsaures Salz sind gefunden worden. Kämmerer berichtet sogar über eine Hackfleischprobe, die dick mit Präservesalz bestreut war. Nach der den Präservesalzumhüllungen aufgedruckten Gebrauchsanweisung werden 2 g Salz auf 1 kg Fleisch, das ist 0,05 Prozent schweflige Säure, empfohlen. Spargelkonserven enthielten in einem Stücke 0,03 g, in der Brühe 0,16 Prozent schweflige Säure; in einem anderen Falle enthielt die Brühe ebenfalls 0,16 Prozent, ein Spargel 0,019 g schweflige Säure. Durch das vorschriftsmässige Abbrühen der Spargeln wurde der Gehalt an schwefliger Säure nicht geändert.

Die Bedeutung der schwefligen Säure und deren Salze für die Fleischkonservirung liegt weniger in der antiseptischen Kraft, die gering ist, als in der Fähigkeit, den Muskelfarbstoff zu erhalten (Rubner, Münch. mediz. Wochenschr., 1898, No. 18) und grau gewordenem Fleische die rothe Farbe zurückzugeben. Es geht also, während das Fleisch seine rothe Farbe beibehält, die Zersetzung beständig weiter, so dass der Abnehmer, welcher in der rothen Farbe des Hackfleisches ein untrügliches Zeichen für die Frische der Waare zu sehen gewohnt ist, dieses Erkennungsmerkmal verliert; das von ihm als frisch gekaufte roth aussehende Fleisch kann ein solches sein, das ohne Zusatz von schwefligsaurem Salz wegen seiner grauen Färbung oder seines Geruchs nicht mehr angenommen würde. So waren in Danzig von 113 als frisch eingekauften konservirten Hackfleischproben 6 verdorben und 21 eben noch brauchbar (Bornträger, Die Beurtheilung des Zusatzes schwefligsaurer Salze zum Fleische, 1900, S. 20). Auch durch Versuche ist erwiesen, dass grau aussehendes Fleisch mit Hilfe von Präservesalz wieder roth gemacht werden kann (Denkschrift des

Kaiserlichen Gesundheitsamts über das Färben der Wurst u. s. w., Oktober 1898, S. 6; E. Mayer, Hygienische Rundschau, 1901, No. 18, S. 877). Während bekanntlich frisches Fleisch im Innern keimfrei ist und sich nach E. Mayers Versuchen hieraus ein Hackfleisch mit geringem Bakteriengehalte herstellen lässt, erwiesen sich 16 in Berlin gekaufte Hackfleischproben so stark mit Bakterien durchsetzt, dass sie das Berliner Sielwasser an Bakterienreichthum erreichten oder übertrafen (E. Mayer a. a. O.). Dieser Befund, der auf die Verwendung von kleinen, verunreinigten Abfallstücken zu Hackfleisch in den Fleischereien hindeutet, ist in ähnlicher Weise von Stroscher für Leipzig erhoben worden (Archiv für Hygiene Bd. 40, 1901, S. 291).

Nach einem Gutachten des Königlich sächsischen Landesmedizinalkollegiums ist die Schnelligkeit der Entfärbung des Fleisches ausser von der Temperatur der Umgebung von dem Grade der Reinlichkeit, d. h. insbesondere der Befreiung des Fleisches von anhängenden Fäulnisserregern, abhängig, so dass das schnelle Grauwerden insbesondere des Rindfleisches recht wohl vermieden werden kann. In der Anwendung des Präservesalzes sieht das sächsische Landesmedizinalkollegium ein Mittel, um auf bequeme Weise der Waare den Anschein einer besseren Beschaffenheit zu geben. Ein Bedürfniss, das schwefligsaure Salz zu verwenden, besteht insonderheit für das Hackfleisch nicht. Die Verarbeitung tadellosen, frischen Fleisches, die Einhaltung grösster Reinlichkeit, die Aufbewahrung bei niederer Temperatur und die Beschränkung des Verkaufs des Hackfleisches auf bestimmte, der Oeffentlichkeit bekannt gegebene Tagesstunden machen die Verwendung des Präservesalzes überflüssig.

Wenn übrigens durch ein Verbot der Verwendung der schwefligen Säure der Genuss von Hackfleisch zurückginge, so würde dies kein hygienischer Nachtheil sein. Für die Volksernährung wäre es vielmehr erwünschter, wenn die Bevölkerung von dem Genusse des fertig eingekauften Hackfleisches mehr zurückkäme und das Hackfleisch, soweit dies möglich, im eigenen Haushalte herstellte, wie dies schon jetzt für diätetische Zwecke vielfach geschieht. Das Fleischergewerbe würde hierdurch nicht geschädigt werden. Der Gesammtkonsum des Einzelnen an Fleisch würde nach wie vor derselbe bleiben.

Vor Allem aber müssen die schweflige Säure und deren Salze, aus denen im Magen durch die Einwirkung der Salzsäure oder anderer gleichzeitig genossener Säuren (Essig) die schweflige Säure frei gemacht wird (vergl. hierzu E. Mayer, a. a. O. S. 890), als keineswegs unbedenklich für die menschliche Gesundheit betrachtet werden, umsomehr, als mit diesen Mitteln und zwar mit Mengen bis 4 Prozent des schwefligsauren Salzes gerade Hackfleisch versetzt wird, das vielfach von Kindern, Schwachen und Genesenden verzehrt wird. Der in der Denkschrift über das Färben der Wurst eingenommene Standpunkt, dass der regelmässige Genuss von Hackfleisch, welches mit schwefligsauren Salzen versetzt ist, die menschliche Gesundheit, namentlich von kranken und schwächlichen Personen, zu schädigen vermag, muss beibehalten werden, trotzdem in Versuchen Abels an sich und 17 anderen gesunden Männern im Alter von 15 bis 40 Jahren eine Schädigung nicht hat nachgewiesen werden können, als sie während zwölf Tagen täglich 0,5 bis 1 g eines 9,6 Prozent schweflige Säure enthaltenden Salzes, in Hackfleisch auf Brot genossen, oder als sie einmal Mengen bis 2,5 g des Salzes aufnahmen. L. Pfeiffer (Arch. f. experimentelle Pathologie Bd. 27, 1890, S. 261) berichtet dagegen, dass bei ihm und einigen Anderen 0,5 g schwefligsaures Natrium in starker Verdünnung Magendruck, Aufstossen und Unbehagen verursachten. Leuch fand, dass bei den von ihm behandelten Personen 0,045 g schweflige Säure, in der Tagesmenge Wein ($^3/_{10}$ l Wein) genossen, Kratzen im Halse und Kopfweh, 0,055 g derselben Magenbrennen, Diarrhöe und stärkere Kopfschmerzen erzeugten. Ausserdem hat Leuch eine ausgeprägte Empfindlichkeit mancher Menschen gegen die schweflige Säure beobachtet. Mengen, die bei einem Theile der Kranken ohne Wirkung aufgenommen wurden, riefen bei anderen unerwartet die geschilderten Erscheinungen hervor (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895, S. 609). Entsprechende Schädigungen konnten bei Eingabe von aldehydschwefligsaurem Natrium, aus dem im Magen ebenfalls schweflige Säure frei wird, beobachtet werden (Leuch, a. a. O.; Marischler, Wiener klin. Wochenschr. 1896). Bornträger (a. a. O.) erwähnt, dass er nicht eine einzige Frankfurter-, Wiener- oder Bockwurst, wenn sie mit schwefligsaurem Salze versetzt sei, essen könne, ohne in kürzester Zeit Aufstossen von schwefliger Säure, Druck in der Magengegend, Unbehagen und weiterhin Kopfschmerzen davonzutragen. Ebensowenig könne er in Norddeutschland sogenannte Rheinweine vertragen, deren Unbekömmlichkeit er dem Anscheine nach auf ihren Gehalt an freier und gebundener schwefliger Säure zurückführt. Es liegt demnach die Vermuthung nahe, dass auch Bornträger eine besondere Empfindlichkeit gegenüber schwefliger Säure besitzt. Ferner giebt er an, des Oefteren auf unangenehm, ja sogar laugenartig-metallisch schmeckende Stellen in solchen Würsten gestossen zu sein (eine von E. Mayer untersuchte Wurst enthielt 0,012 Prozent schweflige Säure, Hygienische Rundschau 1901, S. 877, wodurch die Angabe, für derartige Würste komme dieses Mittel nicht zur Verwendung, widerlegt ist). Diese Selbstbeobachtungen sind den Angaben Bernatziks und Brauns (Wiener mediz. Wochenschr. 1869, Nr. 94) an die Seite zu stellen, dass Wöchnerinnen theilweise die schwefligsauren Salze schlecht vertragen haben und schon nach 0,08 g schwefliger Säure, in verdünnter wässeriger Lösung über den ganzen Tag vertheilt, Erbrechen, Uebelkeit und Diarrhöe zeigten, und ebenso den ärztlichen Erfahrungen aus der Zeit der ausgedehnten Verwendung der schwefligsauren Salze.

Aber auch das ganze Wirkungsbild der schwefligsauren Salze im Thierversuche zeigt im Gegensatze zu anderen Salzen, wie Kochsalz, Salpeter, dass es sich hierbei um Stoffe handelt, die bereits in mittleren Gaben schwere örtliche und allgemeine Wirkungen besitzen (L. Pfeiffer, a. a. O. und Kionka, Zeitschrift für Hygiene, Bd. 22, 1896, S. 351). Die Angaben von Lebbin und Kallmann (Zeitschrift für öffentliche Chemie 1901, S. 324), dass wohl das Kochsalz, nicht aber das neutrale schwefligsaure Natrium in grossen Gaben und in starker Konzentration geeignet sei, Kaninchen bei Eingabe in den Magen zu tödten, sind bezüglich des schwefligsauren Salzes durch eine Nachuntersuchung an vier Kaninchen im Gesundheitsamte nicht bestätigt worden. 10 g dieses Salzes wirkten in 10prozentiger bis 33prozentiger Lösung unter den charakteristischen Lähmungserscheinungen, Erzeugung von Lungen- und Muskelblutungen, Entzündung des Magens und des Darmes in gleich kurzer Zeit auf alle vier Thiere tödtlich. Die schon seit langem bekannte verätzende Wirkung des zum Vergleiche herangezogenen Kochsalzes in grossen Gaben ist für die vorliegende Frage ohne Belang, da diese Wirkung im Wesentlichen Folge der starken Wasserentziehung und nur konzentrirten Lösungen eigen ist.

Die Behauptung, dass der grösste Theil des dem Fleische zugesetzten schwefligsauren Salzes zu schwefelsaurem Salze oxydirt werde, so dass mit dem Fleische nur ein kleiner Theil des ursprünglich zugesetzten schwefligsauren Natriums in den Magen des Konsumenten gelange, wird durch Untersuchungen widerlegt, nach denen selbst nach längerer Aufbewahrung aus dem Fleische noch schweflige Säure frei gemacht werden

konnte. So fand Gärtner in 12 Versuchen, in denen er frisches oder altes gehacktes Rindfleisch mit 0,1 und 0,4 Prozent Meat Preserve Krystall versetzte, nach 1 bis 24stündiger Aufbewahrung 56,8 bis 87,3 Prozent der zugesetzten schwefligen Säure wieder (Zeitschr. für Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel 1901, Heft 6, S. 249). In Versuchen des Gesundheitsamts konnte gezeigt werden, dass Würste, welchen schwefligsaures Natrium zugesetzt war, nach 3 Monaten noch 81 Prozent und nach 6 Monaten noch 72 bis 77 Prozent der in Form von schwefligsaurem Salze zugesetzten schwefligen Säure enthielten (Polenske, Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, Bd. 17, 1900, S. 568). Thoms konnte nachweisen, dass frisch bereitetes, mit 0,2 Prozent Präservesalz versetztes Schabefleisch trotz beginnender Fäulniss, deren Umfang er durch Bestimmung der Ammoniakmenge im Fleische mass, roth blieb und selbst nach 4tägiger Lagerung bei feuchter Wärme noch schweflige Säure enthielt. Auch ist durch Untersuchungen Kämmerer's (Forschungsberichte über Lebensmittel 1895, S. 257) und E. Mayer's (a. a. O.) erwiesen, dass aus präservesalzhaltigem Hackfleische hergestellte Bouillon, Beefsteaks oder Fricandellen noch reichlich schwefligsaure Salze enthalten.

b) Unterschwefligsaure Salze.

Die unterschwefligsauren Salze werden durch Säuren in Schwefel und schweflige Säuren zerlegt. Allein oder mit der Nahrung in den Magen eingeführt, erliegen sie dieser Zersetzung durch die Salzsäure des Magensaftes, so dass diese Salze bezüglich ihrer Wirkungsart den schwefligsauren Salzen gleich zu achten sind. Die schädlichen Wirkungen, welche man früher bei der häufig geübten therapeutischen Verwendung dieser Salze beobachtet hat, betrafen wie bei Einnahme der Salze der schwefligen Säure im Wesentlichen den Magen und den Darm: Ekelgefühl, Magendruck oder -Schmerzen, Erbrechen, Durchfälle. Ausserdem stellten sich Kopfschmerzen ein.

Die Verwendung der unterschwefligsauren Salze, welche nach einer Umfrage des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in einigen Untersuchungsanstalten als Fleischkonservirungsmittel vereinzelt aufgefunden worden sind, würde also aus denselben Gründen zu beanstanden sein, wie die der schwefligen Säure und ihrer Salze.

5. Fluorwasserstoff und dessen Salze.

In England ist unter dem Namen „Salufer“ Kieselfluornatrium als Konservirungsmittel für Fleisch in Gebrauch; gehacktes Fleisch soll sich bei Anwendung dieses Stoffes längere Zeit unzersetzt erhalten. Als Crysoleïn wird Fluornatrium in Frankreich zur Haltbarmachung der Butter benutzt (M. Perret, Annales d'hygiène publique 1898, Juni). Im Uebrigen finden Fluorwasserstoff und dessen Salze im Wesentlichen in den Gährungsgewerben Verwendung. Jedoch steht eine ausgedehntere Verwendung der fluorwasserstoffsauren Salze zur Haltbarmachung von Nahrungsmitteln wegen ihrer grossen fäulnisswidrigen Kraft zu erwarten, zumal der K. K. Oberste Sanitätsrath in Oesterreich sich in einem Gutachten vom 25. Januar 1900 dahin ausgesprochen hat, dass die Gefährlichkeit der Fluoride eine sehr geringe ist und dass die Aufnahme kleiner Mengen von Fluoriden keinen Schaden bringen würde (Das Oesterreichische Sanitätswesen 1900, 25. Januar). Auch von einigen anderen Fachleuten werden die Fluoride als unschädlich hingestellt.

Nach den in den Fachschriften mitgetheilten Beobachtungen und Versuchen und nach Analogieschlüssen können jedoch Fluorwasserstoffsäure und deren Salze nicht als gleichgiltig für die menschliche Gesundheit angesehen werden. Nicht nur die Säure, welche, wenn sie unmittelbar als solche oder nach dem Freiwerden aus ihren Salzen durch die Magensalzsäure zur Wirkung kommt, stark ätzt und unter den Mineralsäuren wohl am heftigsten wirkt, sondern auch die Salze, welche in wässeriger Lösung alkalisch reagiren, besitzen eine örtliche Reizwirkung. Diese Eigenschaft, welche den entsprechenden Chlor-, Brom- und Jodsalzen in kleineren Mengen fehlt, wird sich auf der Schleimhaut des Magens und des Darmes besonders geltend machen. Ausserdem kommt dem Fluorwassersoff und dessen Salzen schon in verhältnissmässig kleinen Mengen die Fähigkeit zu, schwere Allgemeinwirkungen hervorzurufen (Tappeiner, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. Bd. 25, 1889, S. 203; Schulz, ebenda S. 326). Hunde vertragen wohl der Nahrung zugesetztes Fluornatrium längere Zeit bis zu einer gewissen Grenze, bei Ueberschreitung derselben bekommen sie aber Erbrechen und Diarrhoe (Brandl und Tappeiner, Zeitschr. f. Biologie Bd. 28, 1891, S. 518. Ein Hund von 13 kg Körpergewicht wurde mit Mengen von 0,1 bis 0,8 g Fluornatrium täglich ohne nachweisbaren Schaden gefüttert. Gaben von 0,9 und 1,0 g veranlassten die erwähnten Schädigungen). Schon kleinere Gaben (0,5 g Rabuteau 1867, 0,3 g Kolipinski, Amer. Med. News, 1886, S. 202) riefen bei Hunden Erbrechen hervor. Mengen von 0,5 g des Natriumsalzes pro Kilogramm des Körpergewichtes in den Magen eingeführt genügen bereits, um bei Kaninchen eine die verschiedensten Organe betreffende Allgemeinvergiftung zu bewirken (Tappeiner a. a. O.).

Selbstversuche am Menschen haben diese Beobachtungen am Thiere bestätigt. Rabuteau bekam nach Einnahme von 0,25 g Fluornatrium Speichelfluss, Magenbeschwerden und Hautjucken, Bockenham stellte an sich und drei anderen Versuchspersonen bereits nach 0,05 g des Fluorsilikats Uebelkeit, Aufstossen und Mattigkeit, und Bloxam nach 1 g Fluornatrium auffallende Vergiftungserscheinungen fest. Auch Versuche von Waddell lehren, dass Fluorkalium den Eiweisszerfall beim Menschen zu steigern im Stande ist (3 Versuche, angeführt nach „Jahresberichte der Thierchemie“).

Die klinischen Erfahrungen stützen die Ansicht von der Gefährlichkeit der Fluorsalze für die menschliche Gesundheit. Das Natrium- und Kaliumsalz und das Kieselfluornatrium rufen starke örtliche Reizung, Gaben von 0,6 bis 1,2 g mit Sicherheit Erbrechen hervor (M. da Costa 1881). Bei Kindern, bei denen Fluorsalze gegen Tuberkulose in täglichen Gaben von $^1/_{10}$ bis 6 mg empfohlen wurden, stellten sich unerwünschte Nebenwirkungen schon bei Ueberschreitung von 0,015 g ein (R. Bourgeois, Bullet. de l'academ. royale de Belgique, 1894); auch Kolipinski (a. a. O.) berichtet, dass Gaben von 0,012 g bei Kindern Magenschmerzen machen. Er verwendet es gleichfalls in Gaben bis zu 0,006 g.

Neuerdings wurde von Massenerkrankungen nach Genuss von neuem Weine in der Schweiz berichtet, die auf Zusatz eines angeblich in Frankreich viel gebrauchten, aus Natriumfluorid bestehenden Konservirungsmittels „Remarcol“ zurückgeführt werden (Chemiker-Zeitung 1900, S. 1012).

Diese von anderer Zeite beobachteten Schädigungen durch Aufnahme von Salzen des Fluorwasserstoffs stehen im Einklange mit Versuchen des Kaiserlichen Gesundheitsamts an Hunden. Weder mit Salpeter, Soda oder schwefligsauren Salzen, noch mit Borax konnten bei so kleinen Mengen deutliche örtliche Reizwirkungen erzielt werden wie nach Zugabe von Fluornatrium zum Futter. Ein Hund von 30 kg bekam auf Mengen von 1,0 g, unter 900 g Fleisch und 50 g Fett gemischt, diarrhoeische Kothentleerungen und erbrach das mit

1,5 g Fluornatrium versetzte Futter, ebenso wie ein anderer Hund von 10 kg 0,5 g Fluornatrium in 350 g Fleisch erbrach.

6. Salicylsäure und deren Salze.

Die Salicylsäure und deren Salze werden in der Medizin in ausgedehntem Masse als schwach fäulnisswidriges Mittel, als temperaturherabsetzende und insonderheit gegen akuten Gelenkrheumatismus wirkende Arznei verwandt.

Als Konservirungsmittel spielen sie eine nicht unbeträchtliche Rolle, indem die mannigfaltigsten Lebensmittel durch sie haltbar gemacht werden.

Das Genfer Konservesalz von Perrot besteht aus Salicylsäure und Borsäure. Die Säure wird zur Herstellung von Fruchtsäften, bisweilen zur Haltbarmachung des Bieres, neuerdings auch zur Konservirung von Fischen (z. B. Lachsfleisch) verwendet. Wegen der geringen Löslichkeit der Säure in wässerigen Flüssigkeiten eignet sie sich wenig zur Haltbarmachnng von Fleisch und Fleischpräparaten; als Zusatz für Würste ist ihr Gebrauch nicht sehr allgemein (Duff, The manufacture of sausages).

Durch die Gesetze vom 20. April 1892 und 24. Mai 1901, betreffend den Verkehr mit Wein, weinhaltigen und weinähnlichen Getränken, ist der Zusatz von Salicylsäure zu Wein, weinhaltigen oder weinähnlichen Getränken, welche bestimmt sind, Anderen als Nahrungs- oder Genussmittel zu dienen, verboten.

Auch heute gilt noch, was in den technischen Erläuterungen zu dem Gesetze vom Jahre 1892, betreffend den Verkehr mit Wein, ausgeführt worden ist, dass die Salicylsäure nicht ein so indifferentes Mittel ist, als man anfänglich anzunehmen geneigt war, und dass, selbst wenn man die Unschädlichkeit der Säure für gesunde Erwachsene zugeben wollte, die Verwendung derselben für Kinder und kranke Erwachsene nicht ohne Bedenken sein könne. Wenn auch zugestanden werden muss, dass die Salicylsäure nicht schwer giftig ist und in verdünnter Lösung nicht eigentlich örtlich reizend wirkt, so liegen doch aus der neueren Zeit Erfahrungen und zuverlässige klinische Beobachtungen vor, welche nicht berechtigen, die Salicylsäure als unschädlich zu bezeichnen. So muss man nach Stoffwechselversuchen an zwei Erwachsenen (Goodbody, Journal of Physiology, Bd. 25, 1900, S. 399) der Salicylsäure eine schädliche Wirkung auf den Stoffumsatz zusprechen; nach Einnahme von 1 bis 2 g Salicylsäure täglich schieden die Versuchspersonen nicht nur mehr Harn aus, sondern auch eine grössere Menge von Salzen und Eiweissspaltstücken, die einen gesteigerten Verbrauch und Zerfall von Körpereiweiss bei Einnahme dieses Mittels erweisen. Eine besondere Beurtheilung muss die Salicylsäure aber wegen ihrer erwiesenen schädlichen Wirkung auf die Nieren erfahren; keinem der gebräuchlichen Konservirungsmittel kommt eine solche in diesem Masse zu. Klinischerseits ist diese Nierenschädigung nicht nur bei Nierenleidenden, sondern auch bei Personen mit gesunden Nieren beobachtet worden, in letzterem Falle allerdings erst nach grösseren Gaben der Säure. Ueberdies ist diese Einwirkung auf die Nieren auch durch Thierversuche erwiesen und dürfte in Beziehung mit dem Umstand zu bringen sein, dass die Salicylsäure zum grössten Theil als solche durch die Nieren ausgeschieden wird, während beispielsweise die nächstverwandte Benzoësäure, welcher nierenschädigende Wirkungen nicht zugesprochen werden, annähernd vollständig in einem für die Nieren unschädlichen Zustande (Hippursäure) den Körper verlässt. Es sind nach Salicylsäuredarreichung nicht nur eiweisshaltiger und blutiger Harn, sondern auch schwere Allgemeinerscheinungen bei Kranken mit darniederliegender Nierenthätigkeit, bei Herz-, Nieren- und Zuckerkrankheiten beobachtet worden (van Ackeren unter C. Gerhardt's Leitung, Charitee-Annalen Band 15, 1890, S. 252).

Ausserdem liegen Erfahrungen vor, nach welchen der Körper Salicylsäure noch bis zu 16 Tagen nach beendeter Aufnahme zurückhält (Petersen, Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 2, S. 13; Kunkel, Handbuch der Toxikologie I., 1899, S. 554) und bei älteren und nierenkranken Leuten die Ausscheidung des Mittels mit dem Harne überhaupt verzögert ist (Chopin, Schmidt's Jahrbücher 228, 1890, S. 26).

Auch der Zustand des Magens und Darmes ist für den Eintritt einer schädigenden Wirkung der Salicylsäure von Bedeutung; es ist nicht nur durch Thierversuche, sondern auch durch Leichenöffnungen beim Menschen nachgewiesen worden, dass grössere Mengen von Salicylsäure eine reizende und Entzündung hervorrufende Wirkung auf die Schleimhaut des Verdauungskanals besitzen.

Endlich wirkt Salicylsäure hemmend auf den Ablauf der künstlichen Magenverdauung.

Zahlreiche Erfahrungen der Aerzte über Nebenwirkungen der Salicylsäure weisen darauf hin, dass der fortdauernde Genuss selbst kleiner Gaben derselben für den menschlichen Organismus im gesunden und kranken Zustande nicht gleichgiltig sein kann.

Eine besondere Gefahr für die menschliche Gesundheit besteht darin, dass die antiseptische Kraft der Salicylsäure gering ist, so dass zur Erreichung eines sicheren Erfolges der Zusatz immer neuer Mengen Salicylsäure sich nöthig macht.

7. Chlorsaure Salze.

Die chlorsauren Salze, deren Verwendung zum Konserviren von Nahrungsmitteln zwar noch nicht sicher nachgewiesen worden ist, aber nach einer Anfrage aus den betheiligten gewerblichen Kreisen sehr wohl als möglich bezeichnet werden muss, sind in mittleren und grossen Gaben so ausgesprochen giftig, dass es gerechtfertigt erscheint, die Möglichkeit der Anwendung selbst kleiner Mengen dieser Salze zu Konservirungszwecken von vornherein zu verhüten.

Die hohe desinfizirende Kraft der chlorsauren Salze ist nicht nur auf die Wirkung derselben als Salze, sondern wahrscheinlich auch auf das Freiwerden von oxydirender Chlorsäure in kleinsten Mengen zurückzuführen. Nach den Ergebnissen zahlreicher Thierversuche und leider sehr häufiger Vergiftungen beim Menschen sind für den Eintritt der schädlichen Wirkungen neben der Grösse der genossenen Salzmenge die Dauer der Aufnahme, etwaige Erkrankungen des Magens, Bestehen von Fieber und besonders Reiz- und Entzündungszustände der Nieren von Wichtigkeit. Neben örtlicher Reizung und Entzündung im Magen und Darme sind es die schwersten Blutveränderungen, Störungen in der Harnausscheidung und Veränderungen der die Ausscheidung dieser Mittel besorgenden Nieren mit ihren Folgeerscheinungen, welche bei innerlicher Anwenduug das Vergiftungsbild zusammensetzen.

Bis zum Jahre 1896 waren bereits 58 Vergiftungsfälle mit etwas über $^2/_3$ Sterblichkeit beobachtet worden (Lewin, Toxikologie 1897, S. 97).

8. Farbstoffe und Farbzubereitungen jeder Art.

Durch Farbstoffe pflegen ausser Fetten (Margarine) nur Würste gefärbt zu werden; die bisweilen gefundene Färbung von Fleischstücken (so von Schinken mit Anilinfarben) muss als Ausnahme bezeichnet werden.

Für die Wurstfärbung sind neben Karmin (sogenannte „Roseline", Karminlack) noch verschiedene Theerfarbstoffe (Ponceau 2 R. als sogenanntes „Blutroth" und „Blutrother Fleischsaft", Orange II als „Darmröthe", Orange C als sogenannte „Krebsfarbe"; Mandarin, Metanilgelb, Eosin („Wurstroth"), Fuchsin, Ockerroth, Vesuvin u. A.) in Verwendung. Karmin und chemisch reines Fuchsin dürften als gesundheitsschädlich nicht zu betrachten sein. Safranin und andere Farbstoffe dagegen sind theils als gesundheitlich bedenklich erkannt, theils wegen ihrer unbekannten physiologischen Eigenschaften von der Zulassung auszuschliessen. Sämmtliche zum Färben von Fleisch, insbesondere Wurst, gebrauchten Farbstoffe sind aber geeignet, durch Verdecken der grauen Farbe über das Alter der Wurst zu täuschen und minderwerthiger Waare den Anschein vollwerthiger zu geben.

Wie zum Aufbessern der Farbe des Weines die Verwendung aller Theerfarbstoffe von dem Standpunkt aus verboten worden ist, dass die Zahl der Theerfarbstoffe ausserordentlich gross ist, dass man die Wirkung vieler auf den Organismus noch gar nicht kennt, und dass fortwährend neue entdeckt werden, so ist das Verbot des Zusatzes von Farbstoffen überhaupt zu Fleisch ein gesundheitliches Erforderniss (Gesetz, betreffend den Verkehr mit Wein, weinhaltigen und weinähnlichen Getränken, nebst der amtlichen Begründung und technischen Erläuterungen, Reichstagsdrucksache, 8. Legislaturperiode, I. Session 1890/92, No. 766; Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts über das Färben der Wurst u. s. w.).

Gegen das Färben der Wursthüllen, wie es in einigen Theilen Deutschlands seit langer Zeit geübt wird, mit Farben, welche von der natürlichen Fleischfarbe abweichen (sogenannte „Gelbwurst" ist — soweit hierbei Farben zur Verwendung gelangen, die vom gesundheitlichen Standpunkt aus unschädlich sind — aus gesundheitspolizeilichen Rücksichten nichts einzuwenden; dieser Brauch ist nicht anders als das Anmalen der Schweinsköpfe mit unschädlicher rother Farbe zu beurtheilen. Die Wursthüllen sind nicht dazu bestimmt, gegessen zu werden, sondern dienen nur als Aufbewahrungsmittel der Wurstmasse. Eine Täuschung über den Inhalt kann jedoch dann vorliegen, wenn durch das Färben der Därme mit hellrother oder braunrother Farbe eine frischere Beschaffenheit oder eine längere Räucherung vorgespiegelt wird (Färben von Knackwürstchen mit Kesselröthe; Färben von Thüringer Dauerwurst).

Ueberdies wird neuerdings berichtet, dass durch das Färben der Därme meistens auch eine mehr oder weniger starke Färbung der unmittelbar unter der Wursthaut liegenden Wurstmasse bedingt werde, welche sich durch eine vom Rande aus nach der Mitte zu allmählich verlaufende gefärbte Zone zu erkennen gebe, während das Fleisch aus der Mitte ungefärbt ist (oder, falls die Wurstmasse selbst gefärbt war, auch einen anderen Farbstoff enthält; III. Bericht des hygienischen Instituts über die Nahrungsmittelkontrole in Hamburg 1898 und 1899, S. 72).

Die Gelbfärbung der Margarine ist nach dem Reichsgesetze, betreffend den Verkehr mit Butter, Käse, Schmalz und deren Ersatzmitteln, vom 15. Juni 1897 (Reichs-Gesetzbl. S. 475) nicht verboten. Es liegt keine Veranlassung dazu vor, jetzt ein solches Verbot auszusprechen.

(Aus dem „Hermann-Haus", Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufs-Genossenschaft, Stötteritz-Leipzig. Chefarzt Prof. Dr. Windscheid.)

Arteriosklerose und Commotio cerebri.

Von

Dr. F. Apelt,
Assistenzarzt der Klinik.

Unter „Commotio cerebri" versteht Kocher[1]) eine einmalige heftige Zusammenpressung des Gehirns, welche durch Mittheilung einer plötzlichen Bewegung an den Schädel hervorgerufen wird. Er will daher die für diesen pathologischen Zustand bisher angewandte Bezeichnung „Gehirnerschütterung" durch „Hirnpressung" ersetzt wissen. Zur Begründung dieser Anschauung hat unter seiner Leitung Ferrari[2]) Versuche gemacht und gezeigt, dass man durch Ausübung einer plötzlichen stumpfen Gewalt auf den Schädel eine plötzliche intrakranielle Druckerhöhung ausüben kann, stark genug, um selbst den Schädel aus einander zu treiben. Horsley und Kramer[3]) beobachteten, dass bei Schüssen mit 200—300 m Anfangsgeschwindigkeit im Schädel eine direkte messbare Druckerhöhung eintritt. Nachdem sie einen Theil des Schädeldaches abgetragen und die Dura gespalten hatten, stellten sie dasselbe Experiment an; der Erfolg war der, dass bei dem Schuss das Hirn durch die Oeffnung in Folge der von Kocher als „feuchte Sprengung" bezeichneten Wirkung herausgeschleudert wurde.

Durch diese akute intrakranielle Druckerhöhung wird also einerseits eine Verdrängung von Flüssigkeiten, Liquor und Blut, andrerseits eine Verschiebung des Gehirns in toto und in seinen einzelnen Theilen, am stärksten in der Richtung des Stosses und in der Richtung nachgiebiger Stellen, zu Stande gebracht. Letzteres beweist die von Kocher seiner Arbeit beigegebene Hauser'sche Zeichnung sehr treffend.

Kann bei dem plötzlichen Stoss der Liquor nicht rasch genug nach dem Rückgratskanal ausweichen, so wird er mit Gewalt gegen die Wände des Ventrikels geschleudert und kann hier schwere Läsionen herbeiführen, wie Duret[4]) experimentell nachgewiesen hat.

Das Blut wird, wie durch die unter Kocher's Leitung von Cushing[5]) angestellten Versuche „völlig unwiderleglich" bewiesen worden ist, rein mechanisch, nicht durch spastische Gefässkontraktionen, von den Venen aus nach den Kapillaren im Moment des Traumas ausgepresst.

Durch die Fenstermethode von Bavina und Donders konnte Cushing den Nachweis dafür direkt erbringen; in naturgetreuen Zeichnungen hat er seine Beobachtungen festgehalten. Die Kompression der Venen und Kapillarien wird natürlich, wie Kocher mit Recht hervorhebt, bei dem plötzlichen Eintreten der Hirnpressung keine gleichmässige sein können, so dass der Gefässapparat in einzelnen seiner Theile mehr oder minder schwer geschädigt werden muss. Dazu kommt, dass in Folge der eingetretenen Anämie des Gefässzentrums dieses nach Kocher dadurch erregt wird, so dass nunmehr der Blutdruck steigt und die Blutmasse in die in Folge des plötzlichen Nachlasses erhöhter intrakranieller Spannung erschlaffenden Gefässe unter Druck wieder einstürzt.

Die Schädigungen, von denen das Hirn bei einer Concussio

---

[1]) Kocher, Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten; spez. Pathologie und Therapie von Nothnagel IX. B., III. Th.

[2]) und [3]) zit. nach Kocher.

[4]) und [5]) zit. nach Kocher.

cerebri betroffen wird, sind also verschiedener Art. Es handelt sich sowohl um mechanische, als auch chemische Zellinsulte. In Folge der akuten Hirnanämie tritt Sauerstoffmangel und Anhäufung von Stoffwechselprodukten, Autointoxikation, ein, in Folge der Quetschungen muss es zur Bildung grösserer und kleinerer im Lauf einiger Stunden oder Tage sichtbar werdender Degenerationsherde kommen. Dafür spricht die schon recht ansehnliche Zahl pathologisch-anatomischer Befunde; andererseits ist auch experimentell der Beweis dafür erbracht.

Scagliosi[6]) wies nach, dass 5, 7, 12 u. s. w. Stunden nach einer künstlich gesetzten Hirn- oder Rückenmarkserschütterung an zahlreichen Ganglien — und den für ihre Ernährung wichtigen Spinnenzellen nahe wie fern von der Traumawirkung Entartungshypertrophie der Zellkerne, Chromatolyse, Vacuolenbildung im Zellleib, vollständiger Schwund der Zellen u. A. mehr sich feststellen lassen.

Im Hirn eines am 2. Tage nach einer Commotio cerebri gestorbenen Patienten fand Büdinger[7]) an zahlreichen Zellen Abnahme der Färbbarkeit, mehr oder minder feine Körnung des Protoplasmas und Umwandlung desselben in eine stark gefärbte granulirte Masse. Die Gefässscheide war ausgedehnt und abgehoben, der von ihr begrenzte Raum und ihre Umgebung kleinzellig infiltrirt und das Gefäss selbst abnorm stark gefüllt. Kocher hat eine Anzahl ähnlicher Fälle aus der Literatur zusammengestellt.

Der Effekt einer Gehirnerschütterung wird, wenn man sich diese anatomischen Befunde vergegenwärtigt, klinisch ein sehr verschiedener sein können. Läsionen der Wand des Aquäduktes und 4. Ventrikels können sofortigen Tod durch Athmungs- oder Herzstillstand zur Folge haben. Dass derartige Beobachtungen existiren, beweisen einige von Kocher geschilderte Sektionsbefunde. Eben so kann er auch zahlreiche Fälle notiren, in denen durch das Schädeltrauma sowohl an der Hirnoberfläche, als auch im Zentrum semiovale oder in den grossen Ganglien Kontusionsherde mit oder ohne Blutung herbeigeführt wurden, die den Tod einen oder wenige Tage nach der „Hirnpressung“ zur Folge hatten.

Die grosse Mehrzahl der Patienten bietet jedoch nach einer Hirnerschütterung ein anderes klinisches Bild dar; von der auf das Trauma folgenden Bewusstlosigkeit, die vielfach von einer ärztlich festgestellten Pulsverlangsamung begleitet ist, erholen sie sich nach kürzerer oder längerer Zeit; bei dem Erlangen des Bewusstseins klagen sie über Uebelkeit, die bis zu mehrfachem Erbrechen sich steigern kann. Tritt nun eine kunstgerechte Behandlung ein, so erfolgt, häufiger bei Kindern, seltener, aber doch sicher beobachtet, auch bei Erwachsenen, baldige Genesung. In vielen Fällen entwickelt sich jedoch im Anschluss an das Trauma ein an das Bild der sog. traumatischen Neurose vielfach erinnernder Allgemeinzustand, der jedoch durch einige, besonders psychische, Momente sich von ihr unterscheidet.

Wir finden neben Klagen über erhöhte Reizbarkeit, Erregbarkeit über Kleinigkeiten, Intoleranz gegen Alkohol solche über grosse Energielosigkeit und Mattigkeit; sie seien zu körperlichen wie geistigen Anstrengungen nicht oder kaum mehr fähig; gleichzeitig misst man mit dem Dynamometer direkt eine beträchtliche Herabsetzung der rohen Kraft. Während diese Beschwerden vielfach wechseln, finden wir folgenden Komplex bestimmter Klagen regelmässig wiederkehrend: Kopfschmerz, Schwindel und häufig Abnahme des Gedächtnisses.

Der Kopfschmerz tritt in Form von meist anhaltendem Kopfdruck oder Stechen, besonders in der Stirngegend auf und nimmt bei körperlichen und — so weit sie in Betracht kommen — geistigen Anstrengungen zu.

Ueber Schwindel klagen unsere Patienten bei Arbeiten in gebückter Stellung oder bei seitlichen schnellen Bewegungen. Es wird ihnen plötzlich schwarz vor den Augen oder es dreht sich Alles um sie; um nicht zu straucheln, müssen sie sich irgendwo anhalten. Sobald dieser Zustand, der sich des Tages oft wiederholen kann, vorüber ist, können sie ihre Arbeit fortsetzen. Wir haben derartige Anfälle, auch ohne dass die Patienten es merkten, beobachten können, so dass Simulation auszuschliessen ist.

Zur Feststellung der Gedächtnissschwäche dienen uns Fragen nach der Höhe des früheren wöchentlichen Arbeitsverdienstes, dem Tage des Unfalls, dem Datum der Verheirathung, der Zahl der Kinder u. s. w. Jeder, der Patienten aus dem Arbeiterstande zu untersuchen hat, wird zugeben, dass ein gesunder, auch etwas geistig beschränkter Arbeiter obige Fragen stets beantworten kann.

Dass in diesen Fällen den Beschwerden vielfach anatomische Veränderungen zu Grunde liegen mögen, ist nach den oben angedeuteten pathologisch-anatomischen Befunden an Ganglien-Gliazellen und besonders dem Gefässapparat — deutet doch fast Alles auf eine Schädigung des Letzteren — wahrscheinlich, so dass Kocher den nichtssagenden Begriff „der molekulären Gewebsschädigung“, der bisher zur Erklärung der nach einer Hirnpressung auftretenden und dem Bilde der traumatischen Neurose vielfach ähnlichen Beschwerden dienen musste, ausmerzen möchte.

Auch wir haben in unserer Anstalt vielfach Gelegenheit, täglich die Klagen solcher Kranker in allen Variationen zu hören; dabei ist uns aufgefallen, dass Patienten, bei denen eine Arteriosklerose mit ihren bekannten Symptomen — Härte, Rollbarkeit und Schlängelung der sichtbaren und fühlbaren Arterien, oft auch accentuirter II. Aorten-Ton und selten etwas unregelmässiger inäqualer Puls bei Ausschluss von Vitium cordis — sich nachweisen liess, einerseits jenen regelmässig in der Anamnese wiederkehrenden Komplex bestimmter Klagen darboten, andrerseits eine Besserung ihrer Beschwerden, die vielfach schon zwei bis drei Jahre lang bestanden, bei ihnen sich nicht gerade häufig erzielen liess. Bei Patienten ohne Arteriosklerose mit ähnlichen Klagen wurden in kurzer Zeit durch Ruhe, roborirende Diät und milde hydrotherapeutische Kuren recht ansehnliche Erfolge erreicht.

Ich möchte letztere Behauptung durch ein Beispiel kurz belegen: Der erblich nicht belastete, bis zum Unfall stets gesunde — drei Jahre Soldat, Vater dreier gesunder Kinder — 31 jährige Schmied K. H. wurde am 16. August 1901 beim Biegen eines Reifens von dem abspringenden schweren Schmiedehammer an die Stirn getroffen. Fünf Minuten bewusstlos, bei dem Erwachen Uebelkeit. Nach 14 Tagen nahm er die Arbeit wieder auf, musste aber wegen heftigen Stechens im Kopf, besonders bei Anstrengungen, Schwindel, Gedächtnissschwäche und grosser Mattigkeit öfters aussetzen, so dass sein Wochenverdienst um $1/3$ geringer als früher war. Nachts musste er sitzend schlafen, weil beim Liegen „sich Alles um ihn drehte.“ An dem kräftig gebauten Manne, dessen Erinnerungsvermögen bei der Aufnahme sich sichtlich vermindert zeigt, lässt sich bis auf eine Analgesie des N. supraorbitalis sin., der durch das Trauma verletzt worden ist, rechtsseitige Hernie und mässigen Nystagmus bei extremen

[6]) Scagliosi, Ueber die Gehirnerschütterung und die dadurch im Hirn und Rückenmark hervorgerufenen histolog. Veränderungen. Virch. Archiv, Bd. 152, 1898.

[7]) Büdinger, Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 41, 1897.

seitlichen Bewegungen der Augen nichts Abnormes nachweisen. Puls 84, regulär, äqual, Arterien weich und nicht geschlängelt. Hysterische Stigmata fehlen. Unter der vorzugsweise hydrotherapeutischen Behandlung — früh Abklatschung, jeden zweiten Tag Vollbad 27⁰ R. mit Uebergiessung von 18⁰, täglich Kopfkühler — schwanden die anfänglich nach jeder leichten Arbeit geäusserten Klagen, so dass unser Patient am Schluss der vierwöchentlichen Beobachtungszeit, die ein organisches Nervenleiden absolut ausschliessen liess, viele Stunden lang Arbeiten, bei denen er gebückt thätig sein musste, täglich ohne besondere Beschwerden verrichten konnte. Bei seiner Entlassung am 30. März 1902 wurde eine Gewichtszunahme von 11 Pfund konstatirt. Sein Gedächtniss hatte sich auch gebessert.

Schon oben habe ich angedeutet, dass die nach einer Hirnpressung auftretenden Beschwerden hauptsächlich der Ausdruck einer Zirkulationsstörung uns zu sein scheinen. Die Gründe, welche uns zu dieser Auffassung bestimmen, sind folgende:

Kocher hat auf Grund der bisher über den Gefässapparat des Gehirns erschienenen anatomischen Untersuchungen den Nachweis liefern können, dass durch eine ganz eigenartige, äusserst zweckmässige Anordnung und Lagerung der Gefässe einer Zirkulationsstörung, auch bei grosser Inanspruchnahme des Gefässapparates, vorgebeugt wird. Die Art und Weise, wie dieser Zweck erreicht wird, hat Windscheid[8]) in einem kürzlich erschienenen Aufsatz dargelegt, weshalb ich auf denselben verweise.*)

Es ist ferner von Kocher bewiesen, dass bei der „concussio cerebri" durch Auspressen des an die Schädelwandung geschleuderten Gehirns der Gefässapparat schwer leiden muss, zumal in Folge des plötzlich eintretenden Traumas die einzelnen Theile desselben ungleichmässig affizirt werden, ferner der Rückfluss des Blutes aus oben angedeuteten Gründen unter Druck in plötzlich erschlaffte Blutgefässe stattfindet. Pathologisch-anatomische Befunde haben diese Angaben bestätigt.

Fast alle Patienten, in deren Anamnese wir die Klagen über Kopfschmerz, Schwindel und häufig Gedächtnissschwäche in dem oben festgelegten Sinne antreffen und die trotz mehrwöchentlicher individualisirender, kunstgerechter Behandlung ohne besonderen Erfolg entlassen werden, zeigen an ihren sichtbaren und fühlbaren Arterien sklerotische Veränderungen. Ihre Beschwerden werden durch solche Momente, welche den Blutdruck im Schädelinnern erhöhen, wie Bücken, körperliche Anstrengungen u. A. vermehrt. Diese Erscheinung lässt sich physikalisch wohl erklären. Durch den theilweisen oder vollständigen Verlust ihrer elastischen Elemente werden arteriosklerotische Gefässe in mehr oder minder starre Rohre umgewandelt. Damit kommt die Fähigkeit normaler Gefässe, „die Triebkraft der Systole des Herzens in verstärkte Spannung der elastischen Wand umzusetzen und dann die so aufgespeicherte Triebkraft als Strömungsarbeit wieder abzugeben",[9]) in Wegfall.

Eine plötzliche Erhöhung des Blutdrucks wird sich mithin mehr oder minder plötzlich, nicht allmählich in den von ihnen versorgten Provinzen bemerkbar machen. Dazu kommt ferner, dass durch den atheromatösen Prozess es gleichzeitig zum Schwunde der Muskulatur der Gefässe kommt, bezügl. dass, wo dieselbe noch vorhanden ist, sie bei einem starr werdenden Rohr von geringerer Wirkung sein muss als normaler Weise; damit fällt auch der für den Ausgleich von Druckschwankungen so wichtige Gefässtonus mehr oder minder weg.

Umgekehrt liegen die Verhältnisse bei einem gesunden Gefässsystem des Gehirns; wenn auch hier durch eine „concussio cerebri" schwere Läsionen herbeigeführt werden, so sind es gerade Elastizität und Gefässtonus, die nur im Moment des Traumas affizirt werden, in Folge ihrer grösseren Widerstandsfähigkeit ihre Funktion aber bald wieder übernehmen können, wodurch ein allmählicher Ausgleich der Zirkulationsstörungen binnen relativ kurzer Zeit erfolgen kann und damit eine genügende Ernährung der geschädigten Zellen ermöglicht wird.

Ein die obigen Ausführungen sichernder Fall ist von Friedmann[10]) beschrieben worden. Ein früher lebenslustiger Mann erlitt 1870 im Feldzug durch einen Granatsplitter eine Hirnerschütterung. Er wurde nach längerem Krankenlager wiederhergestellt, zeigte aber ein vollständig verändertes Wesen; er war weichlich, energielos geworden und litt an einer mit den Jahren zunehmenden Gedächtnissschwäche. Bei der Sektion fanden sich im Gehirn die kleineren Arterien vielfach degenerirt, zum Theil obliterirt, es bestand Arteriosklerose der Ateria basilaris und vertebralis.

Auch an den oben geschilderten Fall K. möchte ich erinnern.

Die Gründe endlich, welche uns berechtigen, bei einer nachgewiesenen Arteriosklerose der peripheren Arterien und dem Vorhandensein jener Beschwerden den Rückschluss auf einen arteriosklerotischen Zustand der Hirnarterien zu machen, hat ebenfalls Windscheid in seinem oben erwähnten Aufsatz auseinandergesetzt, weshalb ich dahin verweise.

Ich gestatte mir nun, eine Anzahl Fälle, welche zur Befestigung unserer eben entwickelten Ansicht dienen sollen, kurz zu referiren.

1. L. H., Maurer, 51 Jahre. Akten 53/1900. Aufnahme September 1900.

Keine hereditäre Belastung, keine besonderen Krankheiten und kein Alkoholmissbrauch. 1875 durch Sturz vom Gerüst Kopfverletzung, die, ohne Beschwerden zu hinterlassen, abgeheilt ist. Bis zum Unfall hat er regelmässig gearbeitet. Am 23. Oktober 1899 fiel aus 15 m Höhe ein Ziegel ihm auf den Kopf; bewusstlos, beim Erwachen Uebelkeit; auf r. Kopfseite grosse Hautwunde. Nach siebenwöchentlicher Behandlung versuchte er zu arbeiten, musste aber wegen Mattigkeit, Kopfschmerzen, bei jeder Anstrengung Flimmern vor den Augen und Schwindel, Abnahme des Gedächtnisses, aufhören. Er hat bis zur Aufnahme, September 1900, nur leichte Arbeit leisten können. Die Untersuchung ergiebt: am Kopf eine noch empfindliche, nicht adhärente Narbe, Knochen darunter normal; Schädel sonst bei Beklopfen nicht empfindlich; Hirnnerven frei, desgleichen Brust- und Bauchorgane. Puls 70, aequal, regulär, gespannt; Arteria radialis, rigid, rollbar; Art. cubitalis in grosser Ausdehnung geschlängelt und sichtbar pulsirend; II. Ao.-Ton accentuirt. Hysterische Stigmata, Sensibilität allgemein erhöht. Nach vierwöchentlicher Behandlung mit Halbbädern, kühlen Abreibungen und leichten Hausarbeiten war bis auf eine Gewichtszunahme von 4 Pfund und geringere Empfindlichkeit der Narbe eine Besserung nicht zu konstatiren.

2. W. Th., Spinner, 54 Jahre. Akten 58/1900. Aufnahme September 1900.

Bis zum Unfall gesunder Mann, Vater von acht gesunden Kindern; keine geschlechtliche Infektion, täglich etwas Bier. Am 27. Oktober 1899 ist er mit dem Hinterkopf auf den Fussboden ge-

[8]) Windscheid, Die Beziehungen der Arteriosklerose zu den Erkrankungen des Gehirns. Münch. Medizin. Wochenschrift 1902, Heft 9.

[9]) Zitirt nach Schenk und Gürber, Leitfaden, Physiologie des Menschen. 1900.

*) Anm. d. Red. In einem demnächst an dieser Stelle zu veröffentlichenden Sammelbericht über Arteriosklerose wird der Windscheid'schen Arbeit ausführlicher gedacht werden.

[10]) Friedmann, Ueber einen weiteren Fall von nervösen Folgezuständen nach Gehirnerschütterung mit Sektionsbefund. Ref. Münch. Mediz. Wochenschrift 1898.

stürzt, war bewusstlos, hatte Brechneigung. Erinnerung an den Unfall und die nächsten Stunden nach demselben fehlt. Seitdem kann er wegen anhaltender, bei Anstrengungen zunehmender Kopfschmerzen und Mattigkeit die bisherige Arbeit nicht mehr leisten. Während der Arbeit muss er sich anhalten, weil ihm schwach und schwindelig wird. Seine Stimmung ist gedrückt. Obj.: Grosser, kräftig gebauter Mann; Kopf bei Beklopfen empfindlich, Hirnnerven, eben so Brust- und Bauchorgane frei, Reflexe etwas erhöht, keine hysterogenen Zonen, kein Romberg, Puls 62, ziemlich klein, Art. radialis rigid, Art. cubitalis geschlängelt und sichtbar pulsirend, II. Ao.-Ton accentuirt. Urin frei von Eiweiss. Während des vierwöchentlichen Aufenthaltes dieselben Klagen; beim Bücken Vermehrung der Beschwerden, leichte Schwindelanfälle konnten beobachtet werden.

3. F. H., Handarbeiter, 27 Jahre. Akten 54/1900. Aufnahme September 1900.

Hereditär nicht belastet, immer gesunder, junger Mann, der reichlich Alkohol geniesst, wurde am 10. März 1900 von einer 22 Pfund schweren, aus $2^1/_2$ m Höhe fallenden Riemenscheibe am Kopf getroffen. Besinnungslos, Uebelkeit. Vom 1. September 1900 ab arbeitete er wieder, musste aber wegen anhaltender Kopfschmerzen, Flimmmern und Schwarzwerden vor den Augen bei Bücken, allgemeiner Mattigkeit oft aussetzen. An dem kräftigen Manne ist bis auf Klopfempfindlichkeit des Schädels, deutliche Arteriosklerose und Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämme, etwas Tremor der Hände, nichts Abnormes nachweisbar. Ein organisches Nervenleiden lässt sich auf Grund der mehrwöchentlichen Beobachtung, die eine Besserung nicht erzielte, absolut ausschliessen. Dagegen wurde die Vermuthung, dass chronischer Alkoholismus mit vorliege, bestätigt. Im Gutachten wird daher darauf hingewiesen, dass hier durch den Unfall ein Hirn betroffen worden sei, das durch den Alkohol und jedenfalls eine durch diesen hervorgerufene Arteriosklerose geschädigt sei, wodurch sich die Schwere der Folgen erklärten. Bei Beurteilung Letzterer — man sei ja leider fast ausschliesslich auf subjektive Symptome angewiesen — müsse die Art chronischer Alkoholisten, ihren Zustand zu übertreiben, berücksichtigt werden.

4. Tl. F., Zimmerer, 47 Jahre. Akten 88/1900. Aufnahme Oktober 1900.

Bis zum Unfall gesund, war Soldat, ist Vater von vier gesunden Kindern, wenig Alkohol, keine Infektions-Krankheit. Am 2. April 1900 fiel ihm ein Schornsteinaufsatz auf den Kopf; 3 Tage bewusstlos, Erbrechen, 6 Wochen bettlägerig; seitdem Schwindel, Kopfschmerzen, Mattigkeit und Gedächtnissschwäche. Beim Bücken Zunahme der Beschwerden. Die Untersuchung des blassen, mässig genährten Mannes ergiebt: am Hinterkopf eine wenig empfindliche Narbe, diffuse Klopfempfindlichkeit des Schädels, Hirnnerven frei, Arteriosklerose (Rigidität und Schlängelung der Radialis und cubitalis, II. Ao.-Ton accentuirt), Lungenemphysem mässigen Grades, Bauchorgane gesund, Motilität frei, Reflexe erhöht, Schwanken bei Fuss-Augenschluss, Urin frei von abnormen Bestandtheilen. Trotz vierwöchentlicher Behandlung mit Kopfkühlern, Fussbädern, Brom, mehrfach Bettruhe, durch welche eine Gewichts-Zunahme von fünf Pfund erzielt wurde, ändert sich der Zustand nicht. Patient wird für vollständig erwerbsunfähig erklärt, da Simulation ausgeschlossen werden kann. Es wird darauf hingewiesen, dass die Schwere der Unfallsfolgen besonders auf die schon vor dem Unfall ausgebildete Arteriosklerose zu beziehen sei; in Folge der durch sie bedingten geringen Gehirnernährung werde ein rascher Ausgleich der Folgen verhindert, so dass es noch längere Zeit dauern könne, bis eine wesentliche Besserung im Zustande des Patienten eintreten werde.

5. M. F., Arbeiter, 47 Jahre. 89/1900. Aufnahme Oktober 1900.

Gesunder Mann, Vater gesunder Kinder, der mehrmals bei der Arbeit verunglückt ist, jedoch immer wieder hergestellt wurde, hat bis zum Unfall gearbeitet. Mässiger Potus. Am 6. August 1898 fiel ein 10 Pfund schweres Eisenstück ihm auf den Kopf; bewusstlos, danach Erbrechen. Nach sechswöchentlicher Krankenhaus-Behandlung arbeitete er wieder. Da er aber bei jeder Anstrengung Kopfschmerzen hat, an Flimmern und Funkeln vor den Augen und traumartigen Zuständen leidet, hat er den halben Arbeitsverdienst. Patient macht einen gedrückten Eindruck und zeigt einen allgemein nervösen Habitus. Ausser einem geringen Magenkatarrh, der sich während der Behandlung besserte, und einer hochgradigen Arteriosklerose (Art. temp. geschlängelt, rigid, Art. radialis und brachialis stark verkalkt und geschlängelt), liess sich nichts Abnormes nachweisen. Ein organisches Nervenleiden konnte absolut ausgeschlossen werden. Die vierwöchentliche Behandlung erzielte wenig Erfolge. Im Gutachten wird hervorgehoben, dass einerseits die früheren Unfälle das in Folge der Arteriosklerose minderwerthig ernährte Gehirn zur Ausbildung des jetzigen Zustandes disponirt haben können, andererseits wahrscheinlich eine geringe Verwachsung der Knochennarbe mit der harten Hirnhaut zur Ausbildung des nervösen Allgemeinzustandes mit beigetragen haben kann.

6. N. M., Wirtschaftsgehilfe. 28 Jahre. 202/1901. Aufnahme November 1901.

Erblich nicht belasteter, immer gesunder Mann, 2 Jahre Soldat; Aufnahme November 1901. Am 20. Okt. 1900 ist er vom Pferde mit dem Huf hinter den Warzenfortsatz rechts geschlagen worden; sofort bewusstlos, mehrmals Erbrechen, lange Zeit zu Bett. Als er wieder (Juni 1901) zu arbeiten versuchte, musste er wegen anhaltender, bei Anstrengung zunehmender Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, bisweilen mit Erbrechen verbunden, und Mattigkeit öfter aussetzen. An dem kräftig gebauten Manne, der sich während der vierwöchentlichen Beobachtung stets willig und fleissig gezeigt hat, ist ausser einer reizlosen Narbe am Kopf und einer deutlich ausgebildeten Arteriosklerose der Armarterien nichts Abnormes nachweisbar. Störungen der Motilität und Sensibilität sind nicht vorhanden. Ein organisches Nervenleiden oder Epilepsie sind, da ein Schwindelanfall ärztlich beobachtet worden ist, auszuschliessen. Die Behandlung mit Kopfkühler, leichter Arbeit, roborirender Diät, Bädern konnte die Kopfschmerzen, die nach jeder Anstrengung zunahmen, und die Schwindelanfälle nicht beseitigen; eine geringe Besserung der Beschwerden war jedoch nachweisbar.

7. K. H., Gutsbesitzer, 36 Jahre, 208/01. Aufnahme November 1901.

Hereditär nicht belastet, immer gesund; mässiger Alkoholgenuss. Am 15. September 1898 wurde er von einem Baumstamm am Hinterkopf getroffen; bewusstlos und mehrfach Erbrechen. Seitdem kann er nur leichte Arbeiten verrichten, da bei grösseren Anstrengungen Kopfschmerzen und Schwindel sich einstellen. Ausser Emphysem und starker Arteriosklerose (II. Ao.-Ton accentuirt, rigide Art. radialis, geschlängelte, sichtbar pulsirende cubitalis) ist an dem kräftig gebauten Manne etwas Abnormes nicht nachweisbar.

8. K. P., Schlosser, 29 Jahre. 240/01. Aufnahme Dez. 1901.

Immer gesunder Mann, der 10. von 13 Geschwistern, von denen 10 frühzeitig gestorben sind; Vater von 3 gesunden Kindern, keine geschlechtliche Infektion, kein Alkoholmissbrauch. Am 17. Juli 1901 wurde er von einer eisernen Walze aus 4 Meter Höhe am Hinterkopf getroffen. 15 Minuten bewusstlos, mehrmals Erbrechen, 6 Wochen zu Hause gelegen. Seitdem leistet er nur leichte Arbeit, da er an beständigen Kopfschmerzen leidet. Beim Bücken Schwarzwerden vor den Augen und Schwindel. Das Gedächtniss hat gegen früher abgenommen. An dem gedrückten, stillen, schlecht genährten Manne weist man bis auf eine reizlose, glatte Narbe am Hinterkopf, Arteriosklerose, Schwanken bei geschlossenen Augen und Hysterie nichts Abnormes nach. Die vierwöchentliche Beobachtung liess Simulation ausschliessen. Die Klagen scheinen dem Begutachter einerseits bei der Kürze der seit dem Unfall verflossenen Zeit, andererseits bei dem Vorhandensein der Arteriosklerose, die ihrerseits eine minderwerthige Gehirnernährung bedingt, glaubhaft. Die Unfalls-Hysterie hat jedenfalls auf dem Boden einer körperlichen und geistigen Minderwerthigkeit — der 10. von 13 Geschwistern, von denen wiederum 10 ganz klein, also offenbar an Schwäche, gestorben sind — sich entwickelt.

9. W. M., Schmied, 27 Jahre. 106/01. Aufnahme Juni 1901.

Hereditär nicht belastet; bis auf Gonorrhoe und eine akute Herzerweiterung immer gesund gewesen; mässiger Potus. Aus einer Höhe von 3 Metern fiel ihm ein 8 Pfund schweres Holzstück auf den Kopf; bewusstlos, Uebelkeit, 8 Wochen krank, da die Wunde vereiterte. Nach sechstägigem Versuch im April, zu arbeiten, musste er wegen heftiger Kopfschmerzen, Mattigkeit und Schwindel, besonders beim Bücken, die Arbeit niederlegen. Seitdem hat er nur leichte Arbeit verrichtet. Bis auf eine empfindliche, verschiebliche

Narbe am Kopf und starke Arteriosklerose (etwas frequenter Puls, Art. cubitalis geschlängelt und sichtbar pulsirend, Art. radialis rigid, II. Ao.-Ton accentuirt, Spitzen-Stoss etwas verbreitert) ist an dem gesund aussehenden, kräftigen Manne nichts Abnormes nachweisbar. Der etwas frequente Puls und die Klagen bestanden dauernd. Leichte Schlosserarbeit verrichtete er willig, aber langsam. Beim Bücken klagte er über mehr Beschwerden.

10. K. G., 47 Jahre, Maurer. 113/01. Aufnahme Juli 1901.

Hereditär nicht belastet, immer gesund, Alkohol-Abusus. Durch eine Gerüststange, die aus $2^1/_2$ Meter Höhe fiel, wurde er am 3. Juni 1896 auf den Kopf getroffen. Bewusstlos, Uebelkeit, nach 10 Wochen geheilt entlassen. Seitdem kann er nicht mehr ausdauernd arbeiten, da er an anhaltenden, bei Hitze zunehmenden Kopfschmerzen leidet. Beim Bücken wird es ihm vor den Augen schwarz und er schwindelt. Das Gedächtniss hat abgenommen. Die Untersuchung des kräftigen, etwas deprimirten Mannes ergiebt: geistige Leistungsfähigkeit gering, reizlose Narbe am Schädel, Hirnnerven frei, Emphysem mässigen Grades, starke Arteriosklerose, Bauchorgane o. B., Motilität und Sensibilität intakt. Bis auf mässige Alkohol-Abstinenzerscheinungen und eine Gewichtszunahme von $17^1/_2$ Pfund trat eine Veränderung während der sechswöchentlichen Beobachtungszeit nicht ein. Die Klagen blieben dieselben, die aufgetragene Arbeit wurde gern geleistet, eine Uebertreibung oder Simulation konnte ausgeschlossen werden. Dass ein an sich leichtes Schädeltrauma auf ein unter dem Einfluss des Alkohols und der Arteriosklerose stehendes Hirn eine schwere Wirkung ausgeübt hat, ist nach Ansicht des Begutachters unzweifelhaft, sodass die Beschwerden glaubhaft erscheinen.

11. E. A., Arbeiter, 67 Jahre. 159/01. Aufnahme Sept. 1901.

Kerngesund bis zum Unfall gewesen, Soldat im 22. bis 25. Jahr, Vater 6 gesunder Kinder, täglich etwas Schnaps. Am 2. April 1897 wurde er durch eine $2^1/_2$ Zentner schwere Eisenstange von $1^1/_2$ m Höhe am Kopf getroffen; 3 Tage bewusstlos, Blutung aus Nase und Mund, mehrmals Erbrechen. Er kann seitdem nichts mehr arbeiten, weil er dauernd Kopfschmerzen hat, sich sehr schwach fühlt und bei seitlichen schnellen Bewegungen und beim Bücken schwindelig wird. Abnahme des Gedächtnisses. Objektiv: Schlecht genährter, geistig schwacher Mann; Schädel empfindlich bei Druck, Hirnnerven frei; beim Bücken Schmerzen in der Wirbelsäule und Taumeln, Emphysem, hochgradige Arteriosklerose (Puls irregulär, 84; II. Ao.-Ton accentuirt, Arterien sehr rigid). Nervensystem frei. Gang langsam, bei Wendungen Unsicherheit. Eine Besserung konnte nicht erreicht werden; Schwindelanfälle wurden beobachtet.

12. Ph. K., Arbeiter, $29^1/_4$ Jahre. 182/01. Aufnahme Okt. 1901.

Hereditär nicht belastet, immer gesund gewesen. Am 18. März 1897 wurde er von einem Eisenstück an der Stirn getroffen, war bewusstlos; Uebelkeit, 3 Wochen zu Hause, hat dann bis Oktober 1900 mit Unterbrechungen, seitdem dauernd gearbeitet. Er klagte über anhaltende Kopfschmerzen, unruhigen Schlaf, Flimmern vor den Augen, Gedächtnissschwäche und Zittern des Körpers, besonders der Hände. Bis auf starke Arteriosklerose, Tremor der Extremitäten, der durch Ganzpackungen beseitigt wurde, hysterische Stigmata ist an dem gesund aussehenden, geistig sicher minderwerthigen Manne nichts Abnormes nachweisbar. Ein organisches Nervenleiden liess sich durch die vierwöchentliche Beobachtung, während welcher eine Besserung im Uebrigen nicht erzielt wurde, mit Sicherheit ausschliessen.

13. Fr. L., Arbeiter, 37 Jahre. 189/01. Aufnahme Oktober 1901. Hereditär nicht belastet, nie ernstlich krank bis zum Unfall, Soldat gewesen, Vater von vier gesunden Kindern. Am 31. Januar 1899 wurde er von einem 30 Pfund schweren Hebel auf den Kopf getroffen; bewusstlos, Erbrechen, 13 Wochen krank. Nach zweitägigem Versuch zu arbeiten, musste er wegen Schwindels, Flimmern vor den Augen, Mattigkeit und beständiger stechender und bohrender Kopfschmerzen aussetzen. Abnahme des Gedächtnisses. Seitdem hat er noch nicht wieder gearbeitet. An dem etwas schwachsinnigen, sehr deprimirten Manne kann auf Grund der Untersuchung, die eine starke Arteriosklerose und schwere Hysterie ergiebt, ein organisches Nervenleiden ausgeschlossen werden. Da eine geringe Besserung durch die vierwöchentliche Behandlung erzielt wurde, das Körpergewicht um $10^1/_2$ Pfund zunahm und dem Patienten Uebertreibung nachgewiesen werden konnte, wurde seine Vollrente auf 80 Prozent herabgesetzt.

14. Gl. O., Schlosser, 26 Jahre. 190/01. Aufnahme Oktober 1901. Hereditär nicht belastet, immer gesund, zwei Jahre beim Militär, Alkohol nur mässig genossen. Am 10. August 1900 wurde er von einem 80 Pfund schweren Rohr an die Stirn getroffen; bewusstlos, mehrmals Erbrechen. Nach 14 Tagen versucht er wieder zu arbeiten, muss aber schon am nächsten Tage wegen beständigen Kopfdruckes, Schwindel, Mattigkeit und Gedächtnissschwäche aussetzen. Seitdem hat er nicht mehr regelmässig gearbeitet. Die Untersuchung des psychisch stark deprimirten, anämischen Mannes ergiebt Arteriosklerose mässigen Grades und starke Hysterie. Eine organische Nervenerkrankung ist sicher auszuschliessen.

15. G. F., Heizer, 40 Jahre alt. 54/01. Aufnahme April 1901. Hereditär nicht belasteter, immer gesunder Mann, Vater von drei gesunden Kindern, der Potus und geschlechtliche Infektion negirt, wurde am 3. November 1896 von einem aus 6 m Höhe fallenden Balken auf den Kopf getroffen; längere Zeit bewusstlos, Erbrechen. Nach sechs Wochen versuchte er zu arbeiten, brach aber bewusstlos zusammen. Seitdem leistet er nur leichtere Arbeit ($^1/_3$ des früheren Verdienstes), weil er stets leichten Kopfdruck hat, der bei Wärme und Anstrengungen zunimmt, hierbei ihm vor den Augen schwarz wird und Schwindel eintritt, so dass er sich anhalten müsse. Die Gedanken seien „manchmal etwas kürzer als früher." Die Untersuchung des nicht besonders kräftigen Mannes, dessen Gedächniss sichtlich gering ist, ergiebt: Emphysem, starke Arteriosklerose der fühlbaren Gefässe und Hysterie. Eine geringe Besserung konnte erzielt werden.

16. K. H., Zimmerer, 36 Jahre. 59/01. Aufnahme April 1901. Bis zum Unfall gesund, vom Militär frei wegen Unterschenkelbruchs im 16. Jahre, Vater fünf gesunder Kinder, etwas Alkohol. Am 10. November 1901 wurde er von einer Leiter auf den Kopf getroffen und war zehn Minuten bewusstlos; Uebelkeit. Nach vier Wochen versuchte er, seine alte Arbeit zu leisten, war es aber in Folge von Kopfschmerzen, nach Anstrengungen zunehmend, Schwindel, Gedächtnissabnahme und grosser Mattigkeit nicht im Stande. Objektiv findet man einen kräftigen Mann, der zeitlich nicht ganz orientirt ist, und an dem ausser mässiger Arteriosklerose und geringer Hysterie etwas Abnormes nicht nachweisbar ist. Eine Erkrankung des Zentralnervensystems kann auf Grund der 14 tägigen Beobachtung ausgeschlossen werden. Da gleichzeitig festgestellt wird, dass er körperlich mehr leisten kann, als er angiebt und nur in Folge seiner Hysterie nicht genug Energie besitzt, seine Kräfte entsprechend anzuwenden, wird seine Rente um 15 Prozent herabgesetzt, um ihn auf diese Weise wieder allmählich an Arbeit zu gewöhnen.

17. V. O., Maurer, 27 Jahre. 90/01. Aufnahme Mai 1901. Hereditär nicht belasteter, bis auf Diphtheritis in der Kindheit immer gesunder Mann, Vater zweier gesunder Kinder, ist am 17. Juni 1899 vom Gerüst 2 m hoch herabgestürzt und mit dem Hinterkopf auf einen Balken aufgeschlagen. $^1/_2$ Stunde bewusstlos, Erbrechen. Nach drei Wochen hat er die Arbeit wieder aufgenommen, kann aber wegen anhaltenden, bei Anstrengungen zunehmenden Kopfdruckes, Schwindel beim Stehen auf dem Gerüst und bei schwerer Arbeit, und wegen Vergesslichkeit weniger leisten, so dass er nur $^2/_3$ seines früheren Arbeitsverdienstes hat. Bei dem schlecht genährten Patienten findet man ausser einer mässig entwickelten Arteriosklerose, Andeutung von Hysterie und Resten überstandener Rhachitis nichts Abnormes. Die Beobachtung ergab, dass V., jedenfalls in Folge seiner ausserordentlich frühzeitigen Arteriosklerose, noch erheblich in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt erschien, so dass eine Erhöhung seiner Rente von 25 Prozent auf 40 vorgeschlagen wurde.

Die frühzeitig entwickelte Gefässverhärtung trifft man im Arbeiterstande viel häufiger an, als angenommen wird. Dies geht schon aus den eben referirten 17 Krankengeschichten hervor. Wir finden nicht weniger als sieben Patienten mit Arteriosklerose, die das 30. Jahr noch nicht erreicht haben: einer ist 26 Jahr alt, drei 27, einer 28 und zwei 29. In unseren Gutachten bezüglich Status, deren Zahl in Folge erst

1$^{3}/_{4}$ jährigen Bestehens unserer Anstalt die 500 noch nicht überschritten hat, habe ich ausserdem noch neun Mal dasselbe feststellen können; zwei Patienten sind 30, zwei 28, drei 27, einer 26 und einer sogar erst 18 Jahr alt. Dass im letzteren Falle Vererbung eine Rolle spielt, wird kaum abzuweisen sein; im Uebrigen ist jedenfalls körperliche Arbeit und vielfach auch Alkohol als ätiologisches Moment anzusehen, so dass der bekannte Vergleich der Arteriosklerose mit einer Abnutzungskrankheit der Gefässe in unseren Fällen recht zutreffend wäre.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. **Max Bierfreund**-Insterburg,

Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

I.

Zwei Fälle von Rippennekrose und linksseitigem Empyema necessitatis nach Quetschung der Brust.

Fall 1.

Nach der Unfallanzeige vom 8. Oktober 1901 fiel der Knecht G. G. aus C., 18 Jahre alt, als er beim Hufe-Auswirken das Bein eines drei Monate alten Fohlens hielt, mit dem Fohlen zusammen zu Boden, wobei G. mit der linken Seite der Brust auf das Hinterbein des Fohlens zu liegen kam. G. stand auf und hielt das Fohlen bis zur Vollendung der Arbeit, klagte aber zu dem das Auswirken besorgenden Schmied sofort über heftige Schmerzen in der linken Seite. Er soll noch etwa acht Tage haben arbeiten können, dann musste er wegen heftiger Stiche in der linken Seite der Brust, Hustenreiz, Fieber und Luftmangel das Bett hüten. Auch konnte er wegen einer Anschwellung an der linken Seite der Brust den linken Arm nicht heben. Die Geschwulst wurde im Laufe der nächsten 14 Tage etwas kleiner und war jetzt G. so weit gebessert, dass er den Arzt Dr. R. in der Sprechstunde zum ersten Male aufsuchen konnte, welcher ihm Einreibung und Salicyl verordnete. Nach etwa acht Tagen schwoll die linke Brustseite wiederum an, unter zunehmender Schwellung, Fieber und heftigen Schmerzen brach die Geschwulst nach ca. 6—8 Wochen von selbst auf und entleerten sich dabei mehrere Liter Eiter. Seitdem blieb die Eiterabsonderung bestehen, doch erholte sich G. allmählich und konnte auch das Bett wieder verlassen.

Am 4. Oktober konsultirte er zum zweiten Male den Arzt Dr. R., welcher in einem von der Berufsgenossenschaft eingeholten Gutachten am 19. Oktober sich dahin äusserte, dass G. an einer Brustfelleiterung (Empyem) leidet, die sehr wohl durch den Unfall entstanden sein kann und dringend schleunige Krankenhausbehandlung erfordert. G. wurde bereits am 7. Oktober ins Kreiskrankenhaus aufgenommen.

Der leitende Arzt des Krankenhauses Dr. C. äusserte sich in dem von der Berufsgenossenschaft eingeholten Gutachten vom 7. Dezember 1901 über die Erkrankung des G. folgendermassen:

Der Knecht G. G. aus C. ist am 7. Oktober 1901 schwer erkrankt dem hiesigen Kreis-Krankenhause zugeführt worden. Er litt an einer Nekrose der fünften linken Rippe im mittleren konvexen Abschnitt in Folge von Knochenhautentzündung der Rippe und gleichzeitig an einem sehr grossen Eitererguss in die linke Brusthöhle in Folge einer Rippenfellentzündung. Seine Angaben über die Entstehung des Leidens sind denen in der Unfallanzeige vom 8. Oktober 1901 gleich: er ist beim Auswirken eines Fohlens, während er das Hinterbein hielt, niedergerissen und schlug mit Heftigkeit mit der linken Brustkastenseite gegen den Oberschenkel des Pferdes. Obgleich die Schmerzen an der Stelle der Verletzung sehr erheblich waren, verrichtete er nach Kräften während der nächsten acht Tage seinen Dienst weiter, bis er so heftig erkrankte, dass er bettlägerig und ärztlicher Hilfe bedürftig wurde. Der hinzugezogene Arzt stellte Rippenfellentzündung fest, die später in Eiterung überging.

Bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges des jetzigen Zustandes des G. mit dem Unfall von Mitte August muss bemerkt werden, dass der geschilderte Vorgang in hohem Grade geeignet gewesen ist, eine Knochenhautentzündung der Rippe und eine Rippenfellentzündung zu verursachen. Die schwere Erkrankung des G., die voraussichtlich eine dauernde Erwerbsbeschränkung hinterlassen wird, ist als eine unzweifelhafte Folge des Unfalles zu betrachten.

Während des Aufenthalts im Krankenhause wurde G. auch von mir, dem damaligen zweiten Arzt am Krankenhause, beobachtet und überliess mir Herr Dr. C. auch die am 12. Oktober ausgeführte Thoracoplastik nach Estlander-von Mikulicz, welche zu einer vollständigen Ausheilung dem Empyems führte.

Das nach dem Tode des Dr. C. von mir der Berufsgenossenschaft erstattete Gutachten vom 22. Januar 1902 lautete: Der Knecht G. G. aus C. ist vom 7. Oktober 1901 bis 18. Januar 1902 im hiesigen Kreis-Krankenhaus an einer Knochenhautentzündung der 5. linken Rippe und eitrigen Brustfellentzündung, welche auf einen schweren Fall auf die linke Brustseite etwa Mitte August v. J. zurückzuführen ist, behandelt worden.

Bei der von mir ausgeführten operativen Beseitigung der nekrotischen 5. linken Rippe und Eröffnung des Brustfellraumes entleerten sich aus letzterem mehrere Liter jauchigen Eiters. Da sich nun herausstellte, dass die linke Lunge von dem Eiter vollständig zu etwa Faustgrösse zusammengedrückt war, und bei dem langen Bestehen der Eiterung man nicht darauf hoffen konnte, dass sich die Lunge nach Abfluss des Eiters wieder ausdehnen werden, mussten im Ganzen 5 Rippen fast in ihrer ganzen Länge vom Brustbein bis in die Nähe der Ansatzstelle der Rippen an die Wirbelsäule, und zwar die 3.—7. Rippe operativ entfernt werde, damit durch die Entfernung der unnachgiebigen Rippen die deckenden Weichtheile sich in den Rippenfellraum hineinziehen konnten und so eine direkte Verwachsung der geschrumpften linken Lunge mit den Weichtheilen des Brustkorbes zu Stande kommen konnte. Die Operation, welche als ein sehr schwerer Eingriff bezeichnet werden muss, und Thoracoplastik nach Estlander von Mikulicz genannt wird, wurde von G. sehr gut überstanden und konnte bei der Entlassung am 18. Januar 1902 folgender Befund erhoben werden:

An der linken Seite des Brustkorbes verläuft eine breite, stark eingesunkene Narbe bogenförmig von der Nähe des Brustbeins bis in die Nähe der Wirbelsäule, die Narbe ist bis auf eine erbsengrosse Stelle, welche in kurzer Zeit ebenfalls vernarben wird, gut und fest verheilt; es besteht nirgends eine in die Tiefe führende Fistel. Die ganze linke Hälfte des Brustkorbes ist durch die Wegnahme der 5 Rippen abgeflacht und eingesunken. Die linke Lunge ist vollständig zusammengeschrumpft und dauernd ausser Thätigkeit gesetzt, während die rechte Lunge vollkommen gesund erscheint.

G. hat sich von seiner schweren Krankheit und dem schweren operativen Eingriff vollkommen erholt, er sieht blühend und kräftig aus. Er klagt jedoch über Kurzathmigkeit beim schnellen Gehen und ist diese Klage durchaus gerechtfertigt, wenn man berücksichtigt, dass G. hinfort nur noch

die rechte Lunge zur Athmung hat, während die linke für die Athmung vollständig verloren gegangen ist.

G. wird sich in Folge dessen nur mit leichteren Arbeiten beschäftigen können, zumal schwere Arbeiten schon im Interesse des Fortbestehens der Heilung streng zu meiden sind. Auch bedarf G. für die nächsten Monate noch einer einmal wöchentlichen Kontrole durch den Arzt, um etwaige Verschlimmerung des Zustandes sofort festzustellen.

Mit Rücksicht auf obige Ausführungen schätze ich die Minderung der Erwerbsfähigkeit für die nächsten 6 Monate auf durchschnittlich 50 — fünfzig — Prozent und empfehle alsdann erneute Untersuchung.

Die weitere Beobachtung des G. ergab, dass die vollständige Ausheilung ohne jede Fistelbildung Bestand hatte.

Fall 2.

Die 18 Jahre alte Scharwerkerin I. N. aus S. wurde Anfang April des Jahres 1895 von einem Mitarbeiter mit der linken Brustseite mit grosser Heftigkeit gegen die Kante der Lade einer Häckselmaschine gestossen, so dass sie wegen heftiger Schmerzen und Stiche in der linken Seite sofort die Arbeit aufgeben und zu Bett gehen musste. Der noch an demselben Tage herbeigeholte Arzt Dr. H. verordnete warme Umschläge und Einreibung auf die linke Brustseite. Auch stellte sich unter blutiger Verfärbung der Hautdecken eine Anschwellung an der von dem Trauma direkt getroffenen Stelle ein, welche sich unter zunehmenden Schmerzen und Stichen, heftigem Fieber und Kurzathmigkeit allmählich vergrösserte und zu Pfingsten desselben Jahres unter Entleerung von mehreren Litern Eiter spontan aufbrach. Seitdem ist die Eiterung in mehr weniger reichlichem Masse bestehen geblieben und hat die N. wegen heftiger Schmerzen und zunehmender Körperschwäche fast beständig das Bett gehütet.

Eine Unfallanzeige wurde von dem Arbeitgeber nicht erstattet.

Am 11. Januar 1902 konsultirte mich die N. und erhob ich nachstehenden Befund:

Ein in ihrer Entwicklung sehr zurückgebliebenes, kleines und schwächliches Mädchen in sehr dürftigem Ernährungs- und Kräftezustand. Hauttemperatur nicht erhöht. An der linken Seite der Brust befindet sich unterhalb der Brustdrüse eine ca. erbsengrosse, reichlich Eiter absondernde Fistel, welche in schräger Richtung nach oben und innen zunächst auf rauhen Knochen (6. Rippe) und an diesem vorbei direkt in die linke Brusthöhle führt. Mit der 15 cm langen Sonde kann man das Ende der Fistel nicht erreichen. Die linke Thoraxhälfte ist deutlich abgeflacht und steht bei der Athmung still. Der Klopfschall ist über der linken Brustseite vorn und hinten vollkommen gedämpft (Schenkelton), ein Athemgeräusch über der linken Lunge entweder überhaupt nicht wahrzunehmen, oder nur so schwach und fern hörbar, dass es als das fortgeleitete Athemgeräusch der bei der physikalischen Untersuchung völlig gesund befundenen rechten Lunge gedeutet werden muss. Die Herzdämpfung lässt sich nicht abgrenzen. Der Spitzenstoss ist an annähernd normaler Stelle in normaler Ausdehnung sicht- und fühlbar. Die Herztöne sind rein, regelmässig und kräftig. Die Organe der Bauchhöhle lassen eine Abweichung von der Norm nicht erkennen.

Der Urin enthält kein Eiweiss.

Diagnose: Empyema necessitatis und Nekrose der VI. linken Rippe. Atelektase der linken Lunge. N. wurde auf meine Veranlassung am 24. Januar 1902 dem hiesigen Kreiskrankenhause zugeführt und von mir am 30. Januar operirt:

Ich führte in der Höhe der VI. linken Rippe einen bogenförmigen Schnitt vom linken Sternalrande bis in die Nähe der Wirbelsäule. Nach subperiostaler Entfernung der zum Theil nekrotischen VI. Rippe fast in ihrer ganzen Länge, entfernte ich zunächst die VII. und, unter Bildung eines Haut-Weichtheillappens, darauf nach einander die V., IV. und III. Rippe in möglichst grosser Ausdehnung. Bei Erweiterung der in die Pleurahöhle führenden Fistel entleerten sich ca. 2 Liter höchst übelriechenden, jauchigen Eiters und Fibringerinnsel. Nach ausgiebiger Spaltung der bis zu 1,5 cm schwartig verdickten Pleura costalis konnte ich die vollständig geschrumpfte linke Lunge von leberartiger Konsistenz hinten oben neben der Wirbelsäule mit der eingeführten Hand abtasten. Die Pleurahöhle wurde mit Jodoformgaze fest tamponirt, der Tampon wurde beim jedesmaligen Verbandswechsel etwas gelockert, erst am 21. Februar vollständig entfernt und durch ein starkes mit mehrfachen Gazeschichten umwickeltes Drainrohr ersetzt. N. hat seit der Operation niemals gefiebert und die Pleurahöhle hat sich unter abnehmender Sekretion bereits erheblich verkleinert.

Die neuen Aerztewagen bei den preussischen Staatsbahnen.

Von

Dr. O. Brähmer-Berlin.

Geh. Sanitätsrath.

Der auch von uns besprochene Eisenbahnunfall bei Altenbeken, der am Schluss des vergangenen Jahres die Welt in Erregung versetzte, hat insbesondere durch die mit ihm verbundenen tragischen Umstände sich als segensreich für die Fortschritte der Eisenbahnhygiene erwiesen. Zum Theil durch höhere Anregung mitbestimmt, hat der Herr Minister der öffentlichen Arbeiten angeordnet, dass zur Hilfeleistung bei Eisenbahnunfällen bezw. zum Transport der Verwundeten 75 Aerztewagen herzustellen sind. Nach genauer Prüfung der für diese Wagen bestimmten Stationen durch die Direktionen wurde die Zahl derselben auf 77 erhöht. Mit der Anfertigung dieser Wagen wurden beauftragt die Eisenbahndirektionen Berlin, Hannover, Breslau, Köln, Essen a. R. Die sämmtlichen, für die innere Ausstattungen erforderlichen Gegenstände sollen durch die Eisenbahndirektion Berlin beschafft werden. Um eine Gleichmässigkeit herbei zu führen, wurde zunächst die Eisenbahndirektion Berlin beauftragt, sechs Wagen herstellen zu lassen und je einen an die übrigen mit der Herstellung beauftragten Direktionen als Modell zu überweisen. Der erste Modellwagen wurde unter Aufsicht einer Kommission, in welcher ein Ministerialdirektor den Vorsitz führte, bereits im März d. J. fertig gestellt. Bei dem Eifer der Inangriffnahme und bei den zu diesem Zwecke reichlich bewilligten Mitteln lässt sich annehmen, dass noch vor Ablauf des Jahres sämmtliche Aerztewagen in Thätigkeit sind.

Die Wagen, für deren Herstellung die Eisenbahndirektionen breite Durchgangswagen IV. Klasse, wie sie bei der Armee für den Verwundetentransport eingerichtet sind, aus ihren Beständen zu ihrer Verfügung stellen sollen, haben folgende Einrichtung. Der Wagen besteht aus zwei ungleichen durch eine Bretterwand getheilten Abtheilungen, von denen die eine als Verbands- und Operationsraum, die zweite, doppelt so grosse, als Lagerraum für acht Verwundete und gleichzeitig Sitzraum für vier Leichtverletzte dienen soll. Zur Heizung sind bestimmt die Röhren der Dampfheizung des Zuges und ein Gasofen. Für die Lüftung ist durch Oberlichtaufbauten, Klappen und die nach hinten zu öffnende Thür gut gesorgt. Beleuchtung erfolgt bei Tage durch Oberlicht, in der Dunkelheit durch Gas beziehungsweise Acetylen. Für warmes und kaltes Wasser ist in genügender Weise gesorgt. In der ersten Abtheilung befindet sich ein Torfmullkloset. Dieser Versuch ist wegen der desodorirenden

insbesondere aber der desinfizirenden Wirkung des Torfmulls besonders warm zu begrüssen.

Für den grösseren Wagenabtheil sind 8 Tragbahren (preussisches Armee-Modell) mit je 2 Gurten zum Festschnallen, sowie 4 bequeme Stühle für solche Verletzte, die sitzen können, vorgesehen; ausserdem wollene Decken in genügender Anzahl.

In dem ärztlichen Abtheil befindet sich zunächst ein Operationstisch von 1,70 m Länge und 0,70 m Breite mit verstellbarem Kopftheil nebst Kopfrolle, ausserdem 2 Schemel und 2 Sessel mit durchbrochenem Holzsitz und Anstrich von Emaillack für die Aerzte, eine Waschvorrichtung mit Abflussrohr, ein Gaskocher nebst Topf, wie ein Eiskasten, endlich der Instrumenten- und Verbandsschrank.

Der Inhalt dieses Schrankes entspricht im Wesentlichen dem Inhalt der grossen auf allen Eisenbahnstationen vorhandenen Rettungskästen — ausgenommen, dass einzelne Gegenstände den veränderten Verhältnissen entsprechend in doppelter oder dreifacher Menge vorhanden sind. So befinden sich z. B. in jedem Schrank 3 ärztliche Verbandstaschen mit demselben Inhalt. Von der Einfügung grösserer Instrumente zu Amputationen u. s. w. hat man mit Recht abgesehen. Eine sorgfältige Orientirung und Berechnung hat ergeben, dass von jeder Unfallstelle der preussischen Staatsbahnen in längstens 1—1½ Stunde ein Krankenhaus mit allen erforderlichen Utensilien zu erreichen ist. Um bis dahin alles ärztlich Gebotene zu thun, gefährliche Blutungen u. s. w. zu verhindern, und den Verwundeten transportfähig zu machen, sind alle Mittel vorhanden. Insbesondere wird der Transport dadurch, dass die Tragebahre sich gleichzeitig als Bett passend und bequem in den Wagen hineinschieben lässt, erleichtert und für den Verwundeten unschädlich gemacht.

Solche Aerztewagen besitzen bis jetzt die wenigsten Eisenbahnverwaltungen der Welt. Von den Bundesstaaten unterhält nur Bayern 10 solcher Wagen und zwar je einen an dem Zentrum jedes Oberbahnamtes. Die ungarischen Staatsbahnen besitzen 3 solcher Wagen. Für die bei der jetzigen Art der Kriegsführung unentbehrlichen Sanitätszüge haben die Eisenbahnverwaltungen Personenwagen IV. Klasse oder Güterwagen bereit zu halten. Die zur Umwandlung dieser Wagen in Krankenwagen nothwendigen und sorgfältig eingefassten Gegenstände lagern in bestimmten Depôt-Plätzen, so dass sich in wenigen Tagen, wenigstens bei der deutschen Armee, die nothwendige Anzahl Sanitätszüge herstellen lässt. Dem gegenüber bezweckt die neue Einrichtung bei den preussischen Staatsbahnen, dass die 77 Wagen in geeigneter Vertheilung Tag und Nacht bereit stehen, um ohne weitere Vorbereitungen sofort der Lokomotive folgen zu können. Der Wagen untersteht der Aufsicht des zugehörigen Bahnarztes, der, mit einer Dienstanweisung versehen, die Oberaufsicht ausübt. Für die tägliche Aufsicht, Reinigung, Ergänzung u. s. w. wird ein besonderer Beamter angestellt.

Wer nicht den Blick auf das Ganze richtet, wird oft geneigt sein, die Neueinrichtung für einen Luxus zu erklären. Wie die Erfahrung mit den Rettungskästen der Eisenbahnen gezeigt hat, wird glücklicher Weise hier oder dort zuweilen ein Jahr vergehen, ohne dass der bereit stehende Aerztewagen benutzt wird, während an anderen Stellen die die Benutzung erfordernden Unfälle sich häufen. Was will das aber sagen gegenüber dem Vertrauen, welches die neue Einrichtung, die nach wissenschaftlichen Grundsätzen hergestellten Aerztewagen, auf die Bahnärzte, auf die Beamten und auf die ganze reisende Welt ausüben. Wir verzeichnen mit der neuen Einrichtung einen segensreichen Fortschritt der Eisenbahnhygiene. Vivat sequens!

Sektionsbefund bei Vergiftung mit sog. Frankfurter Essigessenz (80 prozentiger Essigsäure) nebst Bemerkungen über den freien Handelsverkehr derselben.

Von

Dr. **Emil Schäffer,**

Grossherz. Kreisarzt in Bingen.

(Schluss.)

Die Bemerkungen über die toxikologische Seite des Falles reihe ich noch einige über dessen sanitätspolizeiliche Seite an, unter Benutzung eines auf Veranlassung der Grossh. Staatsanwaltschaft in Mainz von mir erstatteten Gutachtens über die Frage, ob die Frankfurter Essigessenz als Gift zu betrachten sei und welche Bedenken gegen den freien Handelsverkauf derselben bestehen.

Die Essigsäure ist in dem Fall B. in stark konzentrirtem Zustand dem Körper eingeführt worden, durch Trinken eines nach approximativer Schätzung etwa 100 ccm betragenden Quantums einer 80prozentigen Verdünnung, wie sie unter dem Namen „Frankfurter Essigessenz" in den Handel gebracht wird. Sie allein ist als Todesursache des B. anzusehen. Dieses Präparat ist nach dem übereinstimmenden Ergebniss der Untersuchungen, die Dr. Proskauer[10]) seiner Zeit im hygienischen Institut in Berlin anstellte, sowie der Proff. Dr. Fresenius-Wiesbaden, Böttger-Frankfurt a. Main u. s. w. frei von allen anderweitigen Säuren und konservirenden Zusätzen. Proskauer konstatirte seine fast vollkommene Flüchtigkeit beim Eindampfen, die Frankfurter Essigessenz enthält keine schädlichen Metalle, nur geringe Mengen eines Aethers, welcher, um den Geschmack zu verbessern, zugesetzt wird und an konzentrirter Essigsäure, die durch trockene Destillation des Holzes erhalten wird, 79,4 % (im Handel als 80 % eingeführt). Wie E. Hinz[9]) auf der XVII. Versammlung der freien Vereinigung Bayrischer Vertreter der angewandten Chemie in Speyer 1898 mittheilte, wird diese reine Essigsäure noch mit Zuckerkouleur gefärbt, sofern man die gewöhnliche braune Essigessenz fabriziren will, bei der Darstellung von weisser Essigessenz unterbleibt dieses Färben.

In diesem neuen Handelsartikel, sog. Essigessenz, ist dem Gährungsessig, d. h. dem Essig aus Weingeist oder weingeisthaltigen Flüssigkeiten, eine schwere Konkurrenz entstanden, die sich in Fachblättern und Tageszeitungen auch bekanntlich zum Ausdruck gebracht hat.

In dem Konkurrenzkampf ist Seitens der Gährungsessig- und der Holzessigsäure-Interessenten für ihre Produkte Manches als Vortheil hingestellt worden, was einer objektiven Kritik nicht Stand hält. Ich unterlasse es natürlich, alle diese Einwände und Erwiderungen hier zur Sprache zu bringen.

Es kann sich nur darum handeln, die Frage zu beleuchten: Bestehen vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege aus gegen den freien Handelsverkehr mit der sogenannten Essigessenz (konzentrirte Essigsäure) Bedenken?

I. Hinsichtlich des wirksamen Prinzips im Gährungsessig und der aus den Destillationsprodukten des Holzes gewonnenen Essigessenz, der Essigsäure, als einer genau umschriebenen chemischen Verbindung von Kohlenstoff mit Wasser- und Sauerstoff ist es, wie kaum weiterer Ausführungen bedarf, gleichgiltig, wie deren Herstellung erfolgt, geschehe sie nun auf dem Wege der Oxydation von Weingeist durch Schnellessigbakterien oder als Umsetzungsprodukt der Bestandtheile des Holzes durch trockene Destillation, sofern nur die hierbei noch mitentstehenden Nebenprodukte, empyreumatische Stoffe, später entfernt werden.

Es ist hier nöthig, eine kurze Bemerkung über die Her-

stellung der Essigsäure (Essigessenz) durch Holzdestillation einzuschalten:

Durch Ausführung der Holzverkohlung in geschlossenen Zylindern ist es möglich, die hierbei auftretenden flüchtigen Substanzen, Zersetzungsprodukte des Holzes (Theer, Holzgeist, Holzessig) aufzufangen und die auf diese Weise gewonnene, reichlich mit Holztheer beladene wässerige Flüssigkeit (Holzessig) ist das Ausgangsmaterial für die Erzeugung künstlicher Essigessenz. Der stark empyreumatisch riechende, mit Theerbestandtheilen behaftete Holzessig wird durch gebrannten Kalk in essigsauren Kalk umgewandelt, von der Kalkdarre aus wird der geröstete essigsaure Kalk mittelst konzentrirter Schwefelsäure in Gips und konzentrirte rohe Essigsäure zerlegt. Diese enthält noch Verunreinigungen, wie Schwefelsäure, Spuren von Schwefelwasserstoff u. s. w., welche die Schwefelsäure durch ihre theilweise Zersetzung mit der Kohle des Theers der Rohsäure geliefert, ferner Harz, theerartige Substanzen und färbende Bestandtheile, welche durch wiederholte Rektifikation über chromsaures Kali entfernt werden. Auf diese Weise wird ein wasserklares Produkt ohne störenden Geruch mit sehr konzentrirtem Essigsäurehydratgehalt erzielt, welches entweder in dieser Form oder nach vorgängiger Parfümirung mit Aetherarten, Bouquetstoffen (Estragon, fines herbes-Geschmack) als „Essigessenz" auf den Markt kommt.

Wenn man nun die Verwendung von Schwefelsäure und chromsaurem Kali bei der Essigsäureherstellung als gesundheitsschädlich erklärt hat, so erscheint dies nach der Sachlage nicht berechtigt. Denn nach der wiederholten Rektifikation unter Zusatz von chromsaurem Kali auf dem Blasenapparat wird mit Hilfe eines Thonkühlers ein chemisch reines Präparat erzielt und die von autoritären Seiten vorgenommenen chemischen Untersuchungen haben ja auch die Abwesenheit von Schwefel- und Chromverbindungen festgestellt.

II. Wohl aber beeinflusst die Herstellungsart der einzelnen Essigarten das Vorhandensein gewisser Nebenbestandtheile des Essigs, wie Aromakörper, Bouquet-, Extraktiv- und Mineralstoffe, die sich bei der aus Holzessig hergestellten Essenz natürlich nicht vorfinden können, während sie im Gährungsessig, wenn auch nur in geringerem Grade (0,2 bis 0,4 Prozent, König) vorhanden sind. Ergeben sich nun auch aus der Abwesenheit dieser Extraktivstoffe in der Holzessigessenz keine Gesundheitsschädigungen, so heisst es doch einfach die Sachlage absichtlich verdrehen, wenn man diesen offenkundigen Vorzug des Gährungsessigs als Nachtheil hinzustellen sucht und rühmend hervorhebt, dass die Essigessenz frei und rein ist. Wenn man wirklich Seitens der Vertreter der Holzessigessenz es als so grossen Vorzug erachtet, dass diese Holzessigessenz nur aus 80 Prozent Essigsäure besteht, so ist es nicht verständlich, warum man dann die mit Zuckerkouleur und Bouquetkörpern versetzte Essigsäure zu einem höheren Preis verkauft als die sog. weisse Essigessenz, welche die 80 Prozent Essigsäure doch ganz unvermischt und blos diese enthält.

III. Hinsichtlich der Bekömmlichkeit besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen Gährungsessig und einer den gleichen Prozentgehalt Essigsäure haltenden, aus Essigessenz hergestellten Verdünnung wohl nicht. Professor Märker-Halle hat allerdings 1898 darauf hingewiesen, dass beim Genuss des Gährungsessigs auch Enzymwirkungen eine Rolle spielen, also verdauende Wirkung auf gewisse Bestandtheile der Nahrung (Ueberführung stärkehaltiger Nahrungsmittel in Zucker, Peptonisirung unlöslicher Eiweisskörper u. s. w.). Auch Rothenbach schliesst sich dieser Ansicht an. Indessen ist, so weit ich die Literatur überblicke, die Anwesenheit derartiger Enzyme im Gährungsessig noch keineswegs erwiesen. Es erübrigen bei einer sachlichen Beurtheilung sonach weitere Ausführungen, da nur Thatsachen und nicht wissenschaftliche Vermuthungen berücksichtigt werden können.

IV. Wenn man als Vortheil der Holzessigessenz gegenüber dem Gährungsessig hingestellt hat, dass in der Holzessigessenz keine Essigälchen sich bilden, so ist dieser Unterschied hygienisch ganz belanglos. Aus der Anwesenheit von Essigälchen resultiren keine Gesundheitschädigungen. Linder hat ohne richtige Beweise Gesundheitsschädigungen durch Essigälchen wahrscheinlich zu machen gesucht. Diese Frage ist auf der freien Vereinigung der Vertretung angewandter Chemie in Regensburg und auf dem Internationalen Kongress für angewandte Chemie 1894 eingehender ventilirt worden und schädliche Wirkungen aufs Bestimmteste in Abrede gestellt worden. Man kann auch solche kaum mehr annehmen, wenn man weiss, dass Henneberg, der sich neuerdings sehr eingehend mit der Biologie des Essigälchens befasst, gefunden hat, dass das Essigälchen bereits bei 37 Grad in wenigen Stunden zu Grunde geht, sonach bei Körpertemperatur überhaupt schon binnen Kurzem abstirbt.

V. Es bleibt bei einer vergleichenden sanitätspolizeilichen Betrachtung noch die weitere Frage nach der Möglichkeit fahrlässiger Vergiftungen. Hier ist natürlich einzig und allein der Essigsäuregehalt des Präparates massgebend. Während der einfache Speise- und Tafelessig etwa 3,5 Prozent, der Einmacheessig 6 Prozent, der Essigsprit 10—12 Prozent Säuregehalt haben, hat die sog. Frankfurter Essigessenz 80 Prozent Essigsäure.

Die Frage, von welcher Konzentration ab Essigsäure als Gift für den Organismus zu betrachten ist, lässt sich durch Angabe eines bestimmten Prozentgehaltes als untere Grenze schwer beantworten. Auf den Schleimhäuten bringt wohl schon 12 prozentige Essigsäure Aetzwirkungen hervor. Von nachdauernden, schweren Schädigungen kann man jedoch bei einer solchen Konzentration noch nicht sprechen. In einem in der Literatur bekannt gewordenen Fall wirkte eine aus Essigessenz hergestellte Verdünnung bis zu einem Säuregehalt von ca. 20—25 % beim Genuss von Kartoffelsalat nach 6 tägigem Krankenlager tödtlich.

Muss man sonach ernste Wirkungen einer 20 prozentigen Essigsäureverdünnung bei der Einführung per os befürchten, so ergiebt sich ohne Weiteres die Nothwendigkeit, den Verkehr mit einem hochprozentigen Präparat, wie die 80 prozentige Essigessenz, in wirksamer Weise zu reglementiren, da die Intensität der Giftwirkung mit dem Prozentgehalt natürlich steigt.

Das Erlassen behördlicher Verordnungen über den Verkehr mit der Essigessenz ist schon von den verschiedensten Seiten diskutirt worden. Wenn man aber u. A. sagt: „Da die Gesundheitsschädigungen auch beim Verkehr mit Essigsprit (— 12 Prozent Säuregehalt) nicht ausgeschlossen werden können, muss man folgerecht derartige Bestimmungen auch auf den Verkehr mit Essigsprit, vielleicht von einem Gehalt von 10 Prozent an aufwärts ausdehnen, wie dies neuerdings Dr. Kayser[8]) in der That in Vorschlag gebracht hat, so scheint es mir doch das Naheliegende zu sein, zunächst einmal da zu beginnen, wo man mit Sicherheit bereits die ernstesten Schädigungen kennt, bei den hochprozentigen Präparaten, den sog. Essenzen, wie sie mit einem Säuregehalt von 60 bezw. 80 Prozent frei verkauft werden. Die untere Grenze von 10 Prozent ist wohl zu niedrig gegriffen.

Auch ein österreichischer Ministerialerlass vom Jahr 1901

erwähnt als Ergebniss wissenschaftlicher Versuche, dass Essigsäurelösungen von höher als 20 Prozent Säuregehalt ernste Verätzungen der Schleimhäute mit reaktiven Entzündungen hervorzurufen geeignet sind.

Die Essigessenz (konzentrirte Essigsäure), wie sie in den Handel gebracht wird, ist in des Wortes vollstem Sinn ein Gift und zwar ein Aetzgift und ein Blutgift. An dieser Thatsache vermag natürlich auch der Umstand gar nichts zu ändern, dass die Essigsäure im Deutschen Arzneibuch weder in die Tabelle B (enthaltend die gewöhnlich als Gifte bezeichneten Körper, die unter Verschluss und sehr vorsichtig aufzubewahren sind, wie Arsen, Phosphor, Sublimat, Strychnin u. s. w.) noch in die Tabelle C (enthaltend Substanzen, die von den übrigen getrennt und vorsichtig aufzubewahren sind, wie Schwefel-, Salz-, Karbolsäure, Aetzlauge u. s. w.) aufgenommen ist. Ein Grund für diese unterschiedliche Behandlung gegenüber in den Tabellen angeführten Stoffen ist füglich nicht zu erkennen. Ueberdies hat das Fehlen der konzentrirten Essigsäure in den Tabellen B und C weder das Landgericht I, zweite Kammer für Handelssachen in Berlin (Urtheil vom 6. Juni 1898) nach das Kgl. Kammergericht in Berlin (Urtheil vom 6. Juni 1899) gehindert, die konzentrirte Essigessenz als Gift zu erkennen.

Berücksichtigt man, um ein einwandfreies Material zu haben, lediglich die ärztlich konstatirten Fälle von Vergiftung mit konzentrirter Essigsäure (Essigessenz), so kann man mit Leichtigkeit erkennen, wie haltlos die Annahme ist, die Essigsäure sei nur eie „mildes“ Gift.

In einem Gutachten des Vereins zur Wahrung der Interessen der chemischen Industrie Deutschlands über die Regelung des Verkehrs mit Essig und Essigessenz, erstattet an das Polizeipräsidium Berlin 1898, ist u. A. gesagt: „Der Genuss von Essigessenz in konzentrirter Form ist zwar der Gesundheit nicht zuträglich; den verhältnissmässig wenigen — z. Th. sogar nicht sicher verbürgten — Unfällen in Folge Genuss von Essigessenz kann aber keine grössere Bedeutung beigelegt werden, als allen den zahlreichen Unfällen, die bei dem Gebrauch von Streichhölzern, Benzin, Petroleum u. s. w. im gewöhnlichen Verkehr vorkommen.“ Dieser Auffassung hat sich das Berliner Polizeipräsidium nicht angeschlossen, weil es einzusehen vermochte, dass die sogenannte Essigessenz, wenn man sie als Genussmittel auf den Lebensmarkt bringen will, doch etwas anders zu beurtheilen ist als Benzin und Streichhölzer. Als Genussmittel wird die Essigessenz bei anderen Nahrungsmitteln wie Milch, Oel u. s. w. zusammen aufbewahrt. Von einem Genussmittel, dessen Verkehr auf dem Nahrungsmittelmarkt frei gelassen ist, darf man doch wohl berechtigter Weise erwarten, dass nicht schon bei versehentlichem Genuss eines unbedeutenden Quantums die schwersten Vergiftungszustände eintreten bezw. oft schon nach wenigen Stunden der Tod erfolgt.

Auf den Originalflaschen der sog. Frankfurter Essigessenz ist mit rothem Druck der Vermerk angebracht: „Vorsicht, nur nach entsprechender Verdünnung mit Wasser zu Genusszwecken zu verwenden.“ Unten auf der Etikette zu beiden Seiten in kleineren Lettern: „Nicht unverdünnt zu kosten.“ Diese Aufschrift erscheint mir durchaus ungenügend für eine Flasche, deren Inhalt, schon in recht geringen Quantitäten genossen, die schwersten Gesundheitsschädigungen, nicht selten sogar in wenigen Stunden den Tod herbeiführen kann.

Ich lasse es dahingestellt sein, in wie weit man eine 80 prozentige Essigsäureverdünnung als „Essenz“ bezeichnen kann. Auch die etwaigen Parfümirungen machen die Essigsäure noch nicht „essenzfähiger.“

Da die 80 prozentige Essigsäure in der That kein geringeres Gift ist als Schwefel-, Salzsäure p. p., so gehört dieser Thatsache entsprechend auch auf die Etikette der Vermerk: Gift und der Name des Giftes. Das Wort Essigsäure ist aber auf der ganzen Etikette nicht zu lesen, obwohl doch der ganze Inhalt nichts anderes ist als reine Essigsäure mit einem Säuregehalt von 80 Prozent. Ich glaube, dass die meisten Konsumenten den wirklichen Inhalt der Originalflasche nicht einmal vermuthen.

Man hat gegen die Forderung, dass der Giftvermerk auf der Flasche angebracht werde, geltend gemacht, in Konsumentenkreisen könnte dann die Ansicht entstehen, als wenn die zu Speiseessig verdünnte Essigessenz gesundheitsschädlich wirken könnte. Das wird gewiss der Fall sein. Die Flasche enthält aber auch keinen unschädlichen Speiseessig, sondern 80 prozentige Essigsäure.

Geheimrath Professor Harnack-Halle sagt im Handbuch der Praktischen Medizin von Ebstein-Schwalbe, V. Bd., pag. 872, wörtlich: „Die als künstliche Essigessenz in den Handel gebrachte 80 prozentige Essigsäure ist ein sehr gefährliches Produkt, welches schon wiederholt zu tödtlichen Vergiftungen Veranlassung gegeben hat und dessen Verbreitung daher untersagt werden sollte.“

Bei einer derartigen Sachlage ist es auch nicht weiter auffallend, dass sich schon in den verschiedensten Staaten das Bedürfniss geltend gemacht hat, den Verkehr mit der konzentrirten Essigsäure (Essigessenz) zu regeln. Ich erwähne Oesterreich (Min.-Erlass 19. Juni 1901), woselbst man als untere Grenze 20 Prozent Säuregehalt angenommen hat, „insofern jedoch dieser Prozentgehalt an Essigsäure überschritten ist, fallen auch die essigsäurehaltigen Flüssigkeiten, welche zur häuslichen Herstellung von Speiseessig in Verkehr gebracht werden, unter jene chemischen Präparate, bei deren Verkauf besondere Vorsichten anzuwenden sind.“ (Oesterreich. Sanitätswesen, 1901, pag. 285.) Auch in Rumänien, Bulgarien, Serbien fallen essigsäurehaltige Flüssigkeiten von mehr als 10 bezw. 15 Prozent Säuregehalt unter die bezüglichen Giftgesetze (s. Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin, Jahrgg. 1898 und 1899). In Deutschland besteht, soweit meine Information reicht, eine Regierungsverfügung für die bayerische Pfalz seit dem 30. Juni 1898 (Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 1898, No. 39). Indessen ist mit einer territorial eng beschränkten und wenig eingehenden Regelung nicht viel erreicht. Das Kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin beschäftigt sich seit einigen Jahren mit der Frage betr. den Verkehr mit Essig und Essigpräparaten. Wenn man die stetige Zunahme der Vergiftungen mit der sogen. Essigessenz berücksichtigt, so kann man nur wünschen, dass die Ermittelungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes zu einem baldigen Abschluss kommen mögen.

Dass der in neuester Zeit seitens des Reichstagsabgeordneten Münch-Ferber gestellte Antrag, den gewerbsmässigen Handel mit Essigsäure, sog. Essigessenz, in einer bestimmten Konzentration als Genussmittel unter die Vorschriften über den Handel mit Gift zu stellen, im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege nur zu begrüssen ist, kann wohl kein objektiv Urtheilender bezweifeln. Ein Präparat wie die sog. Frankfurter Essigessenz, das nicht nur durch seine tiefe Aetzwirkung die Gesundheit in ernster Weise schädigt, sondern ebenso wie Arsenwasserstoff und chlorsaures Kali ein geradezu tödtlich wirkendes Blutgift darstellt, gehört nicht in den freien Handelsverkehr des Nahrungsmittelmarktes. Der Verkehr sollte in der Weise geregelt sein, dass sie nur

in verdünntem Zustand, in welchem sie ihre Gefährlichkeit verliert (12 bis höchstens 15 Prozent Essigsäurehydrat, statt 80 Prozent), an das Publikum als Nahrungs- und Genussmittel abgegeben werden darf.

Literatur:

1. Lehrb. der gerichtl. Med. v. Maschka, Hofmann, Strassmann.
2. Toxikologie von Kobert, Böhm, Kunkel, Kionka, v. Jacksch.
3. Deutsches Archiv f. klin Med. Bd. 32.
4. Korresp.-Bl. Schweizer Aerzte 1896.
5. Virchows Arch. Bd. 41.
6. Münch. med. Wochenschr. 1898.
7. Virchow, Hirsch, Jahresber. 1892.
8. Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel. 1899.
9. Ztschr. f. öffentl. Chemie 1899 und 1900.
10. Pharmazeut. Zentralhalle 1889.
11. Deutsche Essigindustrie 1899.
12. Zymotechn. Rundschau 1900.
13. Veröffentl. Kaiserl. Gesundheitsamtes 1899 und folgende Jahrgänge.
14. Oesterreichisches Sanitätswesen 1901 und 1902, No. 15.

Referate.

Chirurgie.

Ueber die von mir angewandten Behandlungsmethoden von Frakturen der grossen Knochen der Extremitäten und Gelenkresektionen und die dabei erzielten Resultate.

Von Privatdozent Dr. Nicolai Wolkowitsch.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 68, Heft 3 und 4.)

Je nach der Art des Bruches verwendet Verfasser bei der Behandlung Massage und Bewegungen oder eine von ihm konstruirte Karton-Gipsschiene oder eine hölzerne Schiene.

Bald nach der Verletzung beginnende Massage und Bewegungen sind nur bei den Brüchen der oberen Gliedmassen angezeigt, bei denen eine grössere Dislokation der Fragmente fehlt. In erster Reihe kommen die Brüche am oberen und unteren Ende des Oberarmknochens und die typische Radiusfraktur in Betracht.

Karton - Gipsschienen kann man sich leicht in der Weise herstellen, dass man ein der Grösse des gebrochenen Gliedes angepasstes Stück Pappe mit einer 12fachen Lage Gipsbinden in verschiedener Richtung umwickelt. Die Schiene wird durch Einlegen in heisses Wasser schmiegsam gemacht und dann an das eingerichtete, durch eine Marlybinde oder Einfetten geschützte Glied anbandagirt. Die Schiene hat den Vorzug der Billigkeit; sie schmiegt sich dem gebrochenen Gliede genau an; sie lässt sich in kürzester Zeit anlegen, so dass dem Kranken Schmerzen erspart bleiben; sie kann jederzeit abgenommen werden, wenn die Kontrole des Bruches oder die Vornahme von Bewegungen in den Gelenken dieses erfordert.

Die Anwendung der Schiene ist eine sehr mannigfache.

Bei den Brüchen der oberen Epiphyse des Oberarms erhält sie zweckmässig die Gestalt der Middeldorpf'schen Triangel, wenn man nicht besser ganz auf Schienenbehandlung verzichten will. Bei Diaphysenbrüchen verläuft die Schiene, von der Fossa supraspinata beginnend, an der Hinterseite des Oberarms, biegt um das leicht gekrümmte Ellenbogengelenk und endigt oberhalb des Handgelenks. Bei Frakturen in der unteren Diaphyse beginnt sie an derselben Stelle, hält sich jedoch mehr an der Aussenseite des Oberarms und geht, um den Ellenbogen biegend, an der inneren Seite wieder bis zur Achselhöhle hinauf, wo sie sich eine kurze Strecke weit hakenförmig auf die Brust legt.

Ist bei den typischen Radiusfrakturen die Dislokation der Fragmente sehr gross, so gebraucht Verf. auch hier seine Schiene. Er bringt den Unterarm in Supinationsstellung und legt die zur besseren Fixirung der Ulna noch ein Stück über das Ellenbogengelenk hinaufreichende Schiene auf die Rückfläche des Vorderarms.

Besonders die Unterschenkelbrüche im unteren und mittleren Drittel eignen sich vorzüglich zur Behandlung mittelst der Karton - Gipsschiene. Sie zieht zuerst auf der äusseren, hinteren Seite zum Fuss, geht in einem grösseren Bogen steigbügelartig um den Fuss und steigt auf der inneren vorderen Seite wieder bis zum Kniegelenk hinauf. Nach Resektionen des Kniegelenks lässt sich die Schiene in derselben Weise verwenden, nur hat sie sich hier über den ganzen Oberschenkel zu erstrecken. Zu ihrer Unterstützung treten am besten ein Paar dünner schmaler Gipsstreifen hinzu, welche sich schraubenförmig und in entgegengesetzter Richtung vom oberen Theile des Oberschenkels bis zum unteren Theile des Unterschenkels hinziehen.

Bei den Oberschenkelbrüchen und nach Resektionen des Hüftgelenks lässt die Karton-Gipsschiene in der Regel im Stich. An ihre Stelle tritt ein vom Verfasser konstruirter einfacher Apparat, welcher seiner ganzen Form nach an den Taylorschen erinnert und den allgemeinen Regeln für Anfertigung von Gehverbänden entspricht. Er besteht aus einer leichten hölzernen Schiene, welche von der Hüfte an der Aussenseite des Beines verlaufend etwas über die Fusssohle hinausragt. An ihrem oberen Ende werden zwei der Körperform entsprechend gebogene dünne Platten angebracht, die den Körper vorn und hinten umfassen; sie gehen bei der Behandlung von Frakturen rechtwinklig, bei Nachbehandlung nach Resektionen zur Fixirung des Beines in Abduktionsstellung stumpfwinklig von der Schiene ab. Eine Fussplatte am unteren Ende der Schiene ersetzt die Sohle.

Der Gürteltheil des Apparates wird zunächst mit mehreren die Hüfte umspannende Bindentouren am Körper befestigt. Hierauf folgt eine zweite Tour von Binden, welche durch die Leistenbeuge nach hinten verläuft und beim Stehen des Kranken die Kontraextension ausübt; das Bein hängt in ihnen wie in einer Schlinge. Die Schwere des Beines übernimmt die Extension, weshalb die Fusssohle dem Sohlentheil des Apparates nicht weichen darf. Mit einigen wenigen Bindentouren wird das Bein an der Holzschiene fixirt.

Die Erfolge, welche der Verfasser mit der angegebenen Behandlung der Knochenbrüche erzielte, sind, namentlich was die Behandlungsdauer angeht, günstig. Niehues-Berlin.

Ueber willkürliche Verrenkung des Oberarmes.

Von Dr. J. Riedinger, Privatdozenten in Würzburg.
(Münch. Med.-Wochenschr. 1902. No. 10.)

Ein $11^1/_2$jähriger Knabe vermochte durch seitliche und vorwärts gerichtete Erhebung und Rotation nach innen seinen linken Arm nach hinten und unten zu verrenken. Er hatte vor drei Jahren beim Versuch, einen Stab aus der Querhaltung mit gestreckten Armen vor dem Leib, durch Erhebung der gestreckten Arme über den Kopf nach hinten zu senken, eine plötzliche „Verschiebung“ in der linken Schulter bemerkt, die durch schnelles Senken der Arme sich wieder beseitigen liess. Seitdem hatte er willkürlich diese „Verschiebung“ oft als besondere Kunstfertigkeit schmerzlos hervorgerufen. Das Röntgenbild (Abbildung) ergab Abflachung des Tuberculum maius und Abflachung der Gelenkpfanne.

Derselbe Patient vermochte auch willkürlich das sternale

Ende seines Schlüsselbeines zu verrenken, und auch mit dem rechten Oberarm und rechten Schlüsselbein konnte er in geringeren Grenzen Subluxationsbewegungen ausführen. Die Möglichkeit dazu muss wohl auf kongenitaler, in den knöchernen und fibrösen Bestandtheilen der Gelenke beruhender Disposition beruhen. Seelhorst.

Zwei Fälle von Exerzirknochen im linken Oberarm.

Von Oberstabsarzt Hoffmann.
(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, Jahrgang 31, Heft 4.)

Die Geschwulst entwickelte sich im Anschluss an einen einmaligen Stoss mit dem Fechtgewehr angeblich in 2, bezw. $4^1/_2$ Wochen und hatte ihren Sitz im ersteren Falle an der Aussenseite des linken Oberarmknochens unterhalb des Ansatzes des dreiköpfigen Muskels, im zweiten an der Vorderseite in der unteren Hälfte des Oberarms. Die operative Entfernung des 3 cm grossen, $1^3/_4$ cm breiten Tumors hatte bei dem ersten Kranken einen vollen Erfolg. Bei dem zweiten trat nach Erfernung der 15 cm langen, 3 cm breiten Geschwulst im Verlaufe von $3^1/_2$ Monaten ein Recidiv im Musc. brachialis internus ein, welches eine zweite Operation nöthig machte. In den entfernten Theilen wurden Knorpelzellen gefunden. Die Geschwulst hing stets mit dem Periost innig zusammen. Ob sie von ihm ihren Ausgang genommen hatte oder vom Muskelbindegewebe gebildet war, konnte nicht festgestellt werden. Niehues-Berlin.

Ein Beitrag zu den sogenannten Benettschen Brüchen des ersten Mittelhandknochens.

Von Oberstabsarzt Dr. Lansch.
(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, Jahrgang 31, Heft 4.)

Es handelt sich um einen Schrägbruch, welcher die volare Hälfte der zentralen Gelenkfläche des Daumenmetakarpus von dem übrigen Knochen trennt. Infolgedessen rückt der Mittelhandknochen etwas nach hinten, so dass man beim ersten Anblick eine Subluxation des Metakarpus nach dieser Richtung vermuthet. Verf. fügt den bisher in der Literatur niedergelegten 13 Fällen 2 eigene Beobachtungen hinzu. Der Bruch entstand in beiden Fällen durch Fall auf die ausgestreckte Hand und wurde durch Röntgenstrahlen diagnostizirt. Niehues-Berlin.

Haematoma osseum tibiae.

Aus dem städtischen Spitale in Triest.
Von Dr. Stuparich.
(Wiener med. Presse. 1901. No. 49.)

Ein Tumor, das obere Drittel des linken Schienbeins von der Tuberositas an eiförmig auftreibend, verursachte, im Lauf von Wochen nach einer Kontusion entstanden, dem Träger, einem fünfjährigen Kinde, durch Grösse und Schmerzhaftigkeit Beschwerden. Seine Oberfläche war knöchern, nur im oberen Theile von einer fluktuirenden Stelle unterbrochen. Dort wurde trepanirt und aus einer das Innere des Tumors einnehmenden Höhle Blut- und Fibringerinnsel und braunrothe, blutige Flüssigkeit entleert. Mikroskopisch wurden im Inhalt nur Bindegewebselemente und Blutkörperchen gefunden. Drainage. Heilung im Verlauf einiger Wochen.

Verf. spricht den Tumor als eine durch die Verletzung entstandene Blutung in das Knochenmark an, welche im spongiösen Knochengewebe durch Destruktion und nachfolgende Knochenneubildungsvorgänge den eigenartigen Tumor hervorgebracht hat. Seelhorst.

Bruch dreier Mittelfussknochen, Heilung mit starker Verschiebung der Bruchenden, Dienstfähigkeit erhalten.

Von Stabsarzt Dr. Schmiz.
(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, 1902, Heft 4.)

Es handelt sich um einen Bruch des 2., 3. und 4. Mittelfussknochens, dessen genauere Entstehungsart unbekannt ist. Wie das nach mehreren Wochen aufgenommene Röntgenbild ergab, hielten die Bruchenden in der Weise zusammen, dass sich das periphere Fragment des 2. Knochens an das zentrale des 4. anlegte, während das distale Stück des 4. Knochens sich in den Zwischenraum zwischen 4. und 5. einkeilte. Nach dreiundvierzigtägiger Behandlung konnte der Mann dem Dienst zurückgegeben werden.

(Referent beobachtete einen gleichen Bruch, welcher dadurch entstand, dass der im Steigbügel befindliche Fuss beim Sturz mit dem Pferde durch das auffallende Thier gequetscht wurde. Da die Dislokation eine noch grössere war, fand eine blutige Aptirung durch Silberdrahtnähte statt. Das Resultat war gleichfalls tadellos.) Niehues-Berlin.

Ein Fall von habitueller Luxation einer Beugesehne am Fuss nach Trauma.

Von Stabsarzt Dr. Neuburger.
(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, 1901, Heft 4.)

Ein Freiwilliger trat beim Abspringen vom Reck aus beträchtlicher Höhe fehl und empfand gleich darauf einen intensiven Schmerz. Durch ausschliessliches Auftreten auf den äusseren Fussrand vermochte er trotz heftigster Beschwerden noch eine Zeit lang Dienst zu thun. Er meldete sich erst krank, als er wegen grosser Blasen am Fuss nicht mehr im Stande war, zu gehen und wurde wegen starken Oedems wiederholt an „Schwellfuss" behandelt. Die längere Zeit nach dem Unfall vorgenommene Untersuchung des Mannes liess äusserlich keine wesentlichen Veränderungen erkennen. Beim Gehen im Zimmer hört man jedoch sobald der kranke Fuss vom Boden abgewickelt wird, ein klappendes Geräusch, welches auf 30 Meter vernehmbar ist. Es wird dadurch hervorgerufen, dass beim Aufheben der Ferse die Beugesehne der zweiten Zehe über das Köpfchen des zweiten Mittelfussknochens nach der Seite der grossen Zehe hinüberschnappt, beim Senken der Ferse jedoch wieder in seine natürliche Lage zurückkehrt. Niehues-Berlin.

Ohrenheilkunde.

Verletzung des Ohres; leichte oder schwere Verletzung?

Von Urbantschitsch.
(Wien. klin. Woch. 1902. No. 7.)

Vom Gericht wurden in einem Falle, in welchem ein Mann durch mehrere Hiebe auf den Kopf eine Perforation des linken Trommelfells und Hörverminderung acquirirt hatte, behufs Obergutachtens die Fragen vorgelegt:

1. Ob die Hörstörungen am linken Ohre, die sich der inkriminirten Trommelfelldurchbohrung angeschlossen haben, mit derselben in Kausalzusammenhange stehen?
2. Ob die inkriminirte Trommelfelldurchbohrung, mit fraglichen Gehörstörungen zusammengefasst, als leichte oder schwere Verletzung aufzufassen seien? [N. B. nach österreichischem Strafgesetz! Red.]
3. Ob die Trommelfellverletzung, falls sie sich mit Hörstörungen in ursächlichem Zusammenhang nicht bringen liesse, eine leichte oder schwere körperliche Verletzung begründe?
4. Ob die fraglichen Hörstörungen als bleibende Folge aufzufassen seien?

Zwei Tage nach der Verletzung war von Seiten zweier Aerzte eine frische traumatische Perforation konstatirt worden, die am 15. Tage nach der Verletzung sich als geheilt erwies. Aber 25 Tage nach der Verletzung fand ein drittes Untersucher zwar keine Perforation mehr, wohl aber liess sich ein Perforationsgeräusch nachweisen, so dass also noch eine Lücke bestehen musste. Dasselbe liess sich noch sieben Monate

nach der Verletzung konstatieren. Dieser Widerspruch zwischen den zwei Beobachtungen lässt sich leicht erklären: die Perforation war thatsächlich am 15. Tage geheilt, aber der Patient trieb, wie sich durch Zeugen sicher nachweisen liess, selbst Luft durch die Ohrtrompete ins Ohr und hat das oft fünf bis sechs Mal hinter einander ausgeführt.

Was die Beschädigung des Hörvermögens anbelangt, so konnte bei der ersten Untersuchung eine bedeutende Herabsetzung des Gehörs, 13 Tage später keine auffällige Hörverminderung mehr für mittellaute Sprache konstatirt werden. Drei Wochen später wurde 0,5 bis 0,75 m für Flüstersprache konstatirt, am angeblich gesunden Ohre wurden 2 m gehört.

Diese nachgewiesene Beeinträchtigung des Gehörs links hat entweder Zusammenhang mit dem Trauma oder das Trauma hat ein vorher schon nicht normales Ohr betroffen. Betreffend früherer Schwerhörigkeit sagen Zeugen aus, es sei keine aufgefallen, andere wieder das Gegentheil. Dass bei dem Patienten thatsächlich früher schon eine beiderseitige Hörschwäche bestand, dafür spricht, abgesehen von den Zeugenaussagen, der Befund der Hörweite von nur 2 m auf dem rechten nicht betroffenen Ohre; es wurde deshalb das rechte Ohr von Seiten der Gerichtsärzte als das erkrankte bezeichnet. Es ist deshalb wahrscheinlich, dass die anhaltende Schwerhörigkeit am linken Ohre keineswegs sicher auf das Trauma zu beziehen ist. (Dazu kommt noch, dass Patient früher Jäger war und viel schiessen musste, wobei erfahrungsgemäss das linke Ohr leichter leidet.) Die anfängliche Hörverschlechterung war wohl durch das Trauma bedingt, allein sie hat sich innerhalb 13 Tagen wieder auf ihren früheren Stand gebessert. Das nicht verletzte Ohr wies erst 2 m, dann sieben Monate später 8 m, also eine Hörbesserung von 6 m auf. Es war also die Hörbesserung sogar in erhöhtem Masse beim nicht verletzten eingetreten. Jedenfalls darf man die am verletzten Ohre vorgefundene herabgesetzte Hörfähigkeit nicht als beweisend für die Verletzung erachten. Es wird somit begutachtet: Ad 1. Die Hörfähigkeit des linken Ohres war wahrscheinlich schon vor dem Trauma herabgesetzt, hat aber durch das Trauma eine vorübergehende Beeinträchtigung erfahren. — Ad 2. Die Trommelfellruptur, sowie die durch das Trauma bedingten Hörstörungen waren allem Anschein nach 15 Tage nach der Verletzung nicht mehr vorhanden. Die Verletzung ist als eine an sich leichte aufzufassen; sie bedingte Gesundheitsstörung von weniger als 20 Tagen und nach der Sachlage keine Berufsunfähigkeit.

Die Fragen 3 und 4 entfallen in Anbetracht der Beantwortung von 1 und 2. Hg.

Vergiftungen.

Die Farbe der Todtenflecke bei der Cyanvergiftung.

Von Dr. Max Richter-Wien.

(Vierteljschr. f. Ger. Med. 1901. H. 3.)

Die Blausäurevergiftung soll nach der Ansicht Mancher zu den Todesarten gehören, die durch hellrothe Todtenflecke gekennzeichnet sind. Verfasser hat diese Frage geprüft und ist zunächst schon nach der bisherigen Literatur zu dem Ergebniss gekommen, dass die Violettheit der Todtenflecke kein Beweis gegen Cyanvergiftung ist. Ferner zeigte sich, dass bei 34 Fällen von Cyanvergiftung, die von 1895 bis 1900 im Wiener gerichtlich-medizinischen Institut beobachtet worden sind, nur elf Mal hellrothe Todtenflecke vorhanden waren.

In einem dem Verfasser von Prof. Kolisko überwiesenen Falle von zweifelloser Cyankaliumvergiftung fanden sich die Flecke theils hellroth, theils violett.

Wenn so einerseits die Erfahrung nicht nöthigt, hellrothe Flecke als kennzeichnend für Cyanvergiftung zu betrachten, giebt es andererseits Umstände, die unabhängig von jeder Giftwirkung eine hellrothe Farbe der Leichenflecke bewirken können: Bei niedrigen Temperaturen, wie sie auch durch Kühlvorrichtungen in Leichenräumen geschaffen sein können, werden mit dem Blute auch die Todtenflecke hellroth. Ausserdem kann der gleiche Erfolg entstehen, wenn durch feuchte Niederschläge auf die Leiche („Schwitzen“ der Leiche) deren Haut aufgelockert wird, so dass der Sauerstoff der Luft stellenweise hindurchdringen und das Blut oxydiren kann. Gerade die ungleiche Färbung der Todtenflecke bei vielen Cyanvergiftungen weist viel eher auf solche Einflüsse als auf Giftwirkung hin. Haben doch bei Kohlenoxyd- oder Kali-chloricum-Vergiftungen alle Flecke die charakteristischen Farben.

Nur für Ausnahmefälle, wie Strassmann einen beschreibt, muss die Möglichkeit einer hellrothen Färbung der Todtenflecke durch wirkliche Cyankaliumwirkung vorläufig zugegeben werden.

Ueber Pikrinsäure.

Ein Beitrag zur Einwirkung der Pikrinsäure auf den Körper und deren Verhütung.

Von Kittsteiner.

(Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 34, S. 320.)

Die Pikrinsäure (Trinitrokresol) entsteht bekanntlich bei längerer Einwirkung von Salpetersäure auf organische Stoffe, wie Phenol, Salicylsäure u. a. Bei der technischen Verarbeitung kann die Pikrinsäure von der Haut, von den Athmungsorganen und von den Verdauungsorganen aus auf den menschlichen Organismus einwirken.

Vermöge ihrer intensiv färbenden Kraft bewirkt sie vor Allem eine mehr oder weniger stark hervortretende Gelbfärbung der Haut, bei empfindlichen Personen treten Hautausschläge hinzu, die sich als vesikulöses Ekzem charakterisiren; auch die Augenbindehäute werden mehr oder weniger stark gereizt. Dazu gesellt sich von Seiten der Verdauungsorgane bitterer Geschmack im Munde, Appetitlosigkeit, Gastritis. Von anderen Beobachtern wird auch eine schädliche Wirkung auf das Nervensystem angegeben. Eine Einwirkung der Pikrinsäure auf die Nieren konnte durch die Beobachtungen des Verf. nicht mit Sicherheit erwiesen werden. Ausgesprochen ist die Einwirkung der Pikrinsäure auf die Athmungsorgane, die in einer Reizung der Schleimhaut der Nase und der Bronchien ihren Ausdruck findet. Die von dem Verf. angenommene Gewöhnung an das Gift sollte im Interesse der Arbeiter lieber vermieden werden. Die Krankheitserscheinungen von Seiten der Athmungsorgane treten um so eher auf, je feiner vertheilt die Pikrinsäure zur Verwendung kommt. Bei der Darstellung sind die Arbeiter vor Allem durch die Entwicklung salpetrigsaurer Dämpfe gefährdet. Von Schutzmassnahmen ist neben ärztlicher Untersuchung vor Beginn der Beschäftigung und periodischer ärztlicher Untersuchung der Arbeiter das Wichtigste die Verhütung des Zerstäubens der Pikrinsäure, ausgiebige Ventilation und peinlichste Reinhaltung der Arbeitsräume und Arbeitstische; daneben dürfen die Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter, namentlich ausreichender Schutz der Haut, der Augen, der Hände und ergiebige Hautpflege nicht ausser Acht gelassen werden. Bezüglich der Abwässer ist für ausreichende Neutralisirung Sorge zu tragen (Ref.). Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 2. bis 5. April 1902.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

v. Bruns-Tübingen: Der erste Verband auf dem Schlachtfelde.

v. Bruns führt aus, dass durch die Fortschritte der Waffentechnik und die der Wundbehandlung die Frage des ersten Verbandes eine neue Wendung bekommen habe. Als vor zehn Jahren auf dem Chirurgenkongress der Streit entbrannte, ob die Aseptik oder Antiseptik auf dem Schlachtfelde geübt werden müsste, wurde dieselbe zu Gunsten der Antiseptik entschieden, weil man sagte, jedes Geschoss reisst Fetzen der Kleidung und andere Dinge von der Hautoberfläche mit sich, so dass jede Wunde primär infizirt ist. Es stellte sich dann unter Bergmanns Leitung im russischen Kriege heraus, dass es einfach unmöglich ist, im Felde bei allen Verletzungen eine regelrechte Desinfektion, blutige Erweiterung und Drainage vorzunehmen, wie es für primär infizirte Wunden nothwendig erschien und dies gab v. Bergmann den Muth, aseptische Verbände anzulegen. Es geschah dies mit ausgezeichnetem Erfolge, kamen doch auf diese Weise von 15 Patienten mit Kniegelenkschüssen 14 mit dem Leben davon und 8 ohne Eiterung. Noch verblüffender waren die Resultate im südafrikanischen Kriege, in dem Knochen- und Gelenkschüsse in kürzester Frist ohne Eiterung heilten. Alle Beobachter führen dies gute Resultat auf die Kleinheit der Hautwunden zurück v. Bruns glaubt, dass das günstige Resultat aber auch dem Umstande zuzuschreiben ist, dass die Verwundeten möglichst schnell in der Feuerlinie verbunden wurden. Aus den Erfahrungen des südafrikanischen Krieges ergiebt sich, dass die modernen Schusswunden wie aseptische Wunden behandelt werden müssen, indem die Kleinheit der Wunde als Kriterium für die Behandlung dient. Kleine Wunden sind für die Schorfbildung sehr günstig und gaben aseptisch behandelt gute Resultate, während alle breiten Wunden mit zerrissenen Wundrändern vereiterten, so dass komplizirte Brüche mit breiten Wunden auch zukünftig mit breiter Spaltung und Drainage behandelt werden müssen.

Es muss auf die kleinen Wunden in der Feuerlinie ein einheitlicher Verband aufgelegt werden, ohne dass eine Desinfektion der Umgebung vorgenommen wird. Die Erfahrungen des südafrikanischen Krieges haben gezeigt, dass dies ohne Schaden für die Verwundeten geschehen kann. Der Verband muss ein trockener, aufsaugender Verband sein, über den kein impermeabler Stoff gelegt werden soll. Jeder Soldat muss sein Verbandpäckchen bei sich tragen. Für die leichteren Verletzungen soll der erste Verband ein Dauerverband bleiben und nur die Verwundeten mit Knochen- und Gelenkschüssen erhalten auf dem Verbandplatze noch einen Kontentivverband.

Trendelenburg-Leipzig stellt einen Kranken vor mit Schussverletzung des Herzens und Einheilung der Kugel. Der Kranke hatte sich die Kugel direkt rechts von der Mittellinie in der Herzgegend beigebracht und machte bei seiner Einlieferung den Eindruck eines Sterbenden. Die Herzdämpfung war nicht verbreitert, ein Hämothorax bestand nicht. Die Herztöne waren zu hören. Nach etwa 14 Tagen hatte sich ein merkwürdiger Puls ausgebildet, einige Schläge waren unregelmässig, dann wieder einige regelmässig und dann wieder unregelmässig und so immer weiter wechselnd. Das Röntgenbild ergab den Schatten der Kugel in der Herzgegend und zwar konnte man erkennen, dass sie sich nicht nur mit dem Herzen bewegte, sondern auch im rechten Ventrikel hin und her sprang. Man sieht die Kugel auch jetzt noch bei der Durchleuchtung, sie geht aber jetzt nur noch mit dem Herzen hin und her, ist also eingeheilt, ohne dem Manne Beschwerden zu bereiten.

Hildebrand-Berlin spricht in allgemein interessirender Weise über die penetrirenden Bauchwunden der Mantelgeschosse und ihre Behandlung im Felde. Hildebrand sagt, viele Aerzte glauben, dass mindestens die Hälfte aller Bauchschüsse ohne Operation heile. Das trifft für die Kranken, welche in die Lazarette kommen, wohl zu, weil die Schwerverwundeten gar nicht dahin kommen. Die Erfahrungen auf dem Schlachtfelde ergeben ganz andere Ansichten. Von den Bauchschüssen, welche Kuttner in Südafrika zu sehen bekam, heilten 56 %. Die konsultirenden Chirurgen haben aber alle ihre Fälle erst am zweiten oder dritten Tage zu Gesicht bekommen, die Schwerverletzten waren da schon todt. Auf Kuba hatte man bei 16 perforirenden Bauchschüssen, welche zur Behandlung kamen, 70 % Todte. Die Mortalität kann eine noch grössere sein, 70 % müssen aber wenigstens angenommen werden. Die Meisten sterben an Peritonitis. Die Verletzungen der grossen Drüsen ergeben meist ein günstiges Resultat, wenn sie nicht sofort in Folge der Verletzung grosser Gefässe verbluten.

Die chirurgische Behandlung der Bauchschüsse hat bisher Fiasko gemacht, indem fast alle Laporatomirte starben, weil eben zur Zeit der Operation schon eine Peritonitis bestand, die Operation also zu spät kam. Er fordert dementsprechend, dass die Laparotomie unmittelbar nach der Verletzung auf dem Verbandplatze gemacht werde, was auch möglich sei, da zukünftig andere grosse Operationen, wie Amputationen etc. sehr viel seltener sein werden, wie früher. In den Fällen, in welchen nicht operirt wird, soll man Opium verordnen, für Ruhe sorgen und keine Nahrung geben.

Völker-Heidelberg. Behandlung der Frakturen mit primärer Knochennaht.

Völker hat die Knochennaht mit Silberdraht in 6 Fällen von komplizirten Frakturen ausgeführt, von denen vier den Unterschenkel und zwei den Unterarm betrafen. Die 10 Kranken heilten ohne eine Komplikation. Er ist der Meinung, dass diese Methode in allen Fällen, wo es sich um einen oberflächlich gelegenen Knochen handelt, von grösstem Vortheil ist, besonders an der Tibia und den Knochen des Unterarmes; anders stehe es bei den Brüchen tiefliegender Knochen, wie es Humerus und Femur sind, und bei den intraartikulären Brüchen.

Bezüglich der Schnelligkeit der Heilung, hat er von der Knochennaht keinen Vortheil gesehen, gegenüber der unblutigen Behandlung; im Gegentheil hat er gefunden, dass die Kallusbildung nach Knochennähten eine aussergewöhnlich langsame ist.

Als Endresultat hat er in 4 Fällen eine vollständige Vereinigung der Knochenenden erreicht, aber in 2 Fällen war er genöthigt, noch nachträglich ein sekundäres Abweichen in der Stellung durch Gipsverbände zu korrigiren.

Lane-London. Resultate der primären Knochennaht bei Frakturen.

Zahlreiche Beobachtungen am Lebenden und an der Leiche haben Lane die Ueberzeugung gegeben, dass die Difformitäten in Folge fehlerhafter Konsolidation der Fragmente einen viel schlechteren Einfluss auf die Funktion der benachbarten Gelenke und dadurch auch auf die Leistungsfähigkeit der Verletzten ausüben, wie man gewöhnlich glaubt. Er konnte sich davon überzeugen, dass das Alter des Patienten eine wesentliche Rolle spielt hinsichtlich der Folgen eines Bruches, jenseits von 35 bis 40 Jahren verliert der Organismus die Fähig-

keit, sich den unnormalen statischen Verhältnissen in Folge einer fehlerhaften Konsolidation anzupassen. Endlich konnte er sich überzeugen, dass die intramuskuläre Blutung und entzündliche Infiltration der Gewebe im Stande sind, jeden Versuch eines Aneinanderbringens der Bruchstücke zu vereiteln, wenn die Einrichtung nicht unmittelbar nach dem Unfalle ausgeführt wird.

Diese Umstände haben ihn veranlasst, seine Zuflucht zur Knochennaht zu nehmen und nicht allein bei den komplizirten Brüchen, sondern eben so auch bei den subkutanen, allemal, wenn er eine exakte Aneinanderlagerung mit dem gebräuchlichen Mittel nicht erzielen konnte. Je nach den Umständen bedient er sich des Silberdrahtes oder metallener Schrauben. Dass eine absolute Asepsis walten muss, um das Herauseitern der Drähte zu verhüten, ist selbstverständlich.

In der Diskussion sagt König jun.-Altona: Nach meiner Meinung besteht nicht immer ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der guten Funktion eines Knochens und seiner völligen Wiederherstellung; denn häufig findet man bei mehr oder weniger gut zusammengeheilten Brüchen eine sehr gute Funktion des betroffenen Gliedes. Die Knochennaht erscheint mir bei den Brüchen in der Diaphyse lange nicht von der Wichtigkeit, wie bei den Brüchen der Epiphysen, wo die Kürze des einen Bruchstückes uns die Möglichkeit nimmt, ein genaues Aneinanderliegen zu erzielen.

Bei einem 40jährigen Manne hat er eine Knochennaht bei Humerusfraktur mit dem Resultat gemacht, dass derselbe am Ende der dritten Woche schon mit Bewegungen beginnen konnte Bei späterem Operiren sind die Aussichten auf eine gute Funktion schlechter. Um keine Zeit zu verlieren, lässt er nach der klinischen Untersuchung ein Röntgenbild anfertigen, dann sucht er zu reponiren und nimmt nach fünf Tagen wieder ein Röntgenbild auf. Erscheint es dann unmöglich oder unwahrscheinlich, eine gute Lagerung zu erreichen, dann operirt er. Bei einer Reihe von Gelenkfrakturen soll die Naht nicht als Ultimum refugium, sondern als Normalverfahren angesehen werden.

Trendelenburg-Leipzig ist derselben Ansicht. Er hat bei Schenkelhalsbrüchen ein einfaches Verfahren derart angewendet, dass er eine Metallschraube durch den grossen Trochanter quer zur Längsachse des Oberschenkels einschraubte und damit direkt den Schenkelkopf festzog.

Heidenhain-Worms erinnert daran, dass er vor zehn Jahren mit seinem Vorschlage, subkutane Knochenbrüche, wenn nothwendig, zu nähen, schlecht aufgenommen worden sei. Die Knochennähte seien aber doch schwierig. Silberdrähte heilen zwar fast immer ein, sie müssten aber oft nachträglich entfernt werden, weil sie unter der Haut mechanische Störungen machten. Der Silberdraht ist aber kein gutes Nahtmittel, weil man damit nicht so fest nähen kann, dass man früh genug bewegen kann. Aus diesem Grunde ist er auf das Zusammenschrauben gekommen, ohne dass es ihm aber je gelungen wäre, die Schrauben zum Einheilen zu bringen. Er verwendet Nickelschrauben, die er dann wieder entfernt. Wo er Draht anwendet, führt er ihn um und durch die Knochen. Im Ganzen hat er 29 Knochennähte ausgeführt und 6 mal Knochen zusammengeschraubt. Oft musste er die Operationswunde wieder aufmachen, weil ein neuer Knochenbruch zu Stande gekommen war. Auch er beobachtete stets eine sehr langsame Heilung.

Henle-Breslau hat auch die Erfahrung gemacht, dass die Konsolidation sehr lange auf sich warten lässt. Mit dem Extensionsverfahren hat er in geeigneten Fällen sehr gute Resultate gehabt, weil er gerade dabei sehr frühzeitig Massage und Bewegungen anwendbar sind. Bei Oberarmbrüchen mit Extension hat er Bewegungen machen lassen, sobald keine Schmerzen mehr da waren und zwar schon vom dritten Tage ab. Er ist der Ansicht, dass man eine primäre Naht auf sehr wenige Fälle beschränken muss, fast so, dass nur Patella und Olecranon dafür übrig bleiben.

Lauenstein-Hamburg erinnert an Oberarmquerbrüche, wo durch die Verschiebung der Knochenfragmente eine Lähmung des Nervus radialis zu Stande kommt und man schon aus diesem Grunde zur Knochennaht übergehen muss. Eben so kann an der Diaphyse des Unterarmes eine Knochennaht nothwendig werden, weil doch viel mehr Spiralfrakturen vorkommen, wie man füher meinte. Die Silberdrahtnaht ist für die Patellabrüche vorzüglich, sonst hat er sie verlassen. Er hat seit 1883/84 das von Hansemann empfohlene Verfahren der Verschraubung bei komplizirten Frakturen etwa sechzigmal angewendet. Dabei hatte er keine protahirte Kallusbildung zu beklagen. Nach vier Wochen waren die Schrauben lose, dann konnte er aber auch die Platte mit Schrauben entfernen. Leider entstehen bei diesem Verfahren nicht selten Sequester. Die Behandlung wird dadurch zwar verlängert, aber die Funktion wird eine sehr gute.

Mit der Anwendung frühzeitiger Massage ist er vorsichtig, weil die Knochen zuerst fest werden müssen.

Schlange-Hannover hält es für nothwendig, die Lust zur Naht subkutaner Brüche etwas zu dämpfen. Er näht seit Jahren am Olecranon und an der Patella und bei Gelenkfrakturen, wo es sich auch gleichzeitig um eine Luxation handelt. Ferner näht er prinzipiell bei Brüchen des Unterschenkels zwischen mittlerem und unterem Drittel, indem er die Bruchstelle unter Schonung des Periosts freilegt. Häufiger wie der Muskelzug ist das Repositionshinderniss ein Kortikalisstückchen; wenn man dies entfernt hat, dann braucht man keine Schrauben, dann heilt auch eine Naht mit Aluminiumdraht und Silber.

Bier-Greifswald muss auch darüber klagen, dass sich die Schrauben gelockert haben, was ihn veranlasst hat, die Knochen auf einander zu legen, dann einen Bohrer hineinzuschrauben und diesen liegen zu lassen. In anderen Fällen kann man ohne jede Fixation auskommen, indem man z. B. Radiusbrüche so behandelt wie Petersen, der nur den verletzten Vorderarm in einer Binde tragen lässt, derart, dass die Hand herabhängt und so das abgebrochene Radiusstück an seine Stelle zieht. Dementsprechend legt er auch jetzt bei eingekeilten Schenkelhalsbrüchen niemals mehr einen Verband an, sondern behandelt sie von Anfang an mit Massage und Klopfen auf der Fusssohle.

Bardenheuer-Köln erzielt mit seiner Extensionsmethode sowohl bei der Olecranonfraktur, wie auch bei der Tibiafraktur, zwischen mittlerem und unterem Drittel, stets eine gute Stellung ohne Knochennaht.

Kocher-Basel führt aus, dass uns das Röntgenbild bei der Behandlung zweifelhafter Knochenbrüche leiten muss. Bei Diaphysenbrüchen wird man im Allgemeinen mit der Fixation zum Ziele kommen und nur in Ausnahmefällen zur Naht übergehen. Anders ist es bei den Apophysenbrüchen: da kann man ein gutes Resultat nur erhalten, wenn man entweder eine Knochennaht ausführt oder frühzeitig Bewegungen machen lässt, verbunden mit Massage. Bei Kindern mit Fraktur des Condylus externus humeri nützt der Verband oft gar nichts, aber auch mit Massage kommt man da, wo der Condylus ganz umgedreht ist, nicht weiter, da muss man nähen und hat namentlich bei Kindern dann sehr gute Erfolge. Wenn sich bei Knochennähten wenig Kallus entwickelt, dann ist das für Gelenke gerade ein Vortheil. Stabel.

(Fortsetzung folgt.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei Verlust des Ringfingers der linken Hand.

Rek.-Entsch. v. 29. 5. 99.

Am 23. August 1898 erlitt der Hauer Johann Sp. auf Grube Dudweiler eine Verletzung des Ringfingers der linken Hand, welche nach später eingetretener Entzündung zur Amputation der beiden ersten Glieder und des Köpfchens des Grundgliedes dieses Fingers geführt hat. Der Anspruch auf Unfallrente ist vom Sektionsvorstande abgelehnt worden, während das Schiedsgericht dem Verletzten eine Rente von 10 pCt. zuerkannt hat. Auf den hiergegen von der Berufsgenossenschaft erhobenen Rekurs hin ist die Schiedsgerichtsentscheidung aufgehoben und der Bescheid wiederhergestellt worden. Gründe:

Allerdings hat der Knappschaftsarzt Dr. B. in Sulzbach in seinem Gutachten vom 14. November 1898 die durch die Unfallfolgen bedingte Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf 10 pCt. beziffert, weil durch den am linken Ringfinger entstandenen Substanzverlust die Kraft und Geschicklichkeit der linken Hand „immerhin“ eine Einbusse erlitten habe. Schon aus diesem Wortlaut ergiebt sich aber, dass die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers nur eine äusserst geringe ist, was durch den von Dr. B. festgestellten objektiven Befund vollständig bestätigt wird. Der vorhandene Stumpf ist gut mit Weichtheilen bedeckt und trägt auf seiner Streckseite eine quer verlaufende schmale Hautnarbe, die nirgends mit dem Knochen verwachsen und auch nicht druckempfindlich ist; auch liegen Störungen des Blutumlaufs in dem Stumpfe nicht vor; ferner ist das Grundglied in seinem Gelenk aktiv frei beweglich, und die Funktionen der übrigen Finger der linken Hand sind ungestört, während der Handteller gut entwickelte Arbeitsschwielen zeigt. Diesem günstigen Befunde gegenüber hat das Rekursgericht die Ueberzeugung nicht zu gewinnen vermocht, dass der Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Unfalls in einem nennenswerthen oder messbarem Grade geschädigt worden sei. Durch die angestellten Ermittelungen ist überdies festgestellt, dass der Kläger nach dem Unfall in seinen Leistungen seinen Mitarbeitern nicht im geringsten nachsteht und jetzt durchschnittlich in der Schicht 4,50 Mk. verdient.

(Kompass.)

Tagesgeschichte.

Das Unfallkrankenhaus zu Strassburg i. E.

Die uns freundlichst zugesandte Festschrift zur Erinnerung an die Einweihung des Hauses am 27. November 1901 berichtet über die Gründung des Unfallkrankenhauses zu Strassburg i. E. Da das bisherige Rekonvaleszentenhaus für Unfallkranke in Strassburg verschiedene Mängel aufwies und den zunehmenden Ansprüchen nicht mehr genügte, so bildete sich unter Theilnahme mehrerer Berufsgenossenschaften eine Gesellschaft mit beschränkter Haftpflicht unter dem Namen „Unfallkrankenhaus“ und entschloss sich auf Anregung von Prof. Dr. Ledderhose, unter Aufwendung eines Kapitals von 400 000 Mk., zur Errichtung eines eigenen Unfallkrankenhauses mit einem Raum für 110 Krankenbetten. Herr Prof. Dr. Ledderhose berichtet über die Einrichtungen der neuen Anstalt in eingehender Weise. Dabei ist besonders bemerkenswerth, dass Prof. Ledderhose, eine der ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Unfallheilkunde, dazu gekommen, nicht mehr den Schwerpunkt bei der Behandlung der Unfallfolgen auf die Apparatübungen zu legen, sondern sich auf einfachere Methoden der Behandlung beschränkt, und das Hauptgewicht auf das persönliche Moment legt, welches der massirende oder elektrisirende Arzt ausübt. — Ausser den stationären Kranken wird in dem Hause auch eine grosse Anzahl ambulanter Kranker behandelt, und es sind daher grosse Räume für die Untersuchung der Verletzten und Kranken eingerichtet. — Es sind goldene Worte, welche Prof. Dr. Ledderhose in seiner Festrede über die gutachtliche ärztliche Thätigkeit spricht, und da sie aus dem Munde eines Mannes kommen, welcher von Anfang an sich in hervorragender Weise mit der Unfallheilkunde beschäftigt hat, und wie kein Anderer berufen ist, einen solchen historischen Rückblick mit Nutzanwendung für die Zukunft zu geben, so mögen seine Worte hier auszugsweise einem grösseren Publikum übergeben werden. —

„Die begutachtende ärztliche Thätigkeit ist es, welche einerseits das wesentliche Fundament für die Ausführung der sozialen Gesetzgebung darstellt, andererseits aber den Aerzten anfangs die grössten Schwierigkeiten bereitet hat, und theilweise noch heute bereitet. Die Schwierigkeit lag darin, dass es zunächst an Erfahrung und an Methoden zu einer genauen Erkenntniss der objektiven Unfallfolgen fehlte; dann aber kam besonders in Betracht, dass von den untersuchenden Aerzten Etwas verlangt wurde, was ihnen bis dahin ziemlich fern lag, nämlich die Angaben der Verletzten über allerlei Beschwerden, Schmerzen, Schwächegefühl u. s. w., auf Glaubwürdigkeit zu prüfen, und endlich wurden die Aerzte vor eine ganz neue Aufgabe gestellt, die durch die Unfall- oder Krankheitsfolgen bedingte Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in Prozenten auszudrücken, eine Aufgabe, die auch heute noch von Manchen als ausserhalb der ärztlichen Kompetenz liegend angesehen wird.

So konnte es nicht ausbleiben, dass namentlich in der ersten Zeit die ärztlichen Urtheile über den Grad von Invalidität, welcher durch bestimmte Unfallfolgen oder Krankheitszustände bedingt wird, erheblich von einander abwichen, und dass auch die Ansichten der Begutachter über manchen einzelnen Fall sich in diametralen Gegensätzen bewegten. Diese Unsicherheit in der ärztlichen Beurtheilung hatte häufig für den versicherten Verletzten zur Folge, dass er nicht in den Besitz der ihm gesetzlich zustehenden Rente gelangte.

Aber noch aus einem anderen Grunde wurden in der ersten Zeit nicht selten die Ansprüche der Verletzten unberechtigter Weise abgewiesen oder nur unvollständig anerkannt. Der medizinischen Wissenschaft traten damals eine Fülle von Ueberraschungen und Räthseln entgegen: es zeigte sich, dass man den nachtheiligen Einfluss vieler Verletzungen auf die Arbeitsfähigkeit bis dahin unrichtig beurtheilt und unterschätzt hatte; es kamen Einzelsymptome und Krankheitsbilder zur Beobachtung, die früher übersehen waren; es war mit einer grossen Menge von Beschwerden zu rechnen, für die eine ausreichende Erklärung zunächst nicht gegeben werden konnte. Da machten selbst namhafte Forscher den in seinen Folgen sehr verhängnissvollen Fehler, zu erklären, dass eine grosse Reihe von bei den Unfallverletzten zu beobachtenden Beschwerden und krankhaften Symptomen simulirt sei. Und einige Nachahmer gingen dann sogar so weit, die Aufgabe der genossenschaftlichen Vertrauensärzte hauptsächlich in der Fahndung auf Simulation und in der Aufdeckung derselben zu suchen. Diese verfehlte Richtung hat leider dem ärztlichen Ansehen im Allgemeinen und besonders den von den Berufsgenossenschaften abhängigen ärztlichen Organen sehr geschadet, und man kann nicht leugnen, dass die mit dem 1. Januar 1901 in Kraft getretene Novelle zum Unfallversicherungsgesetz ein nicht misszuverstehendes Misstrauensvotum gegen gewisse Vertrauensärzte zum Ausdruck bringt.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Aerzte ist jedoch zu ganz anderen Anschauungen gekommen. Wir wissen, dass der Hang zur Uebertreibung, dem wir so häufig bei den Unfallverletzten begegnen, tief in der menschlichen Natur begründet ist und sich auch zeigt, wo Vermögensvortheile nicht im Spiele sind. Und in Bezug auf die Annahme von Simulation sind wir sehr vorsichtig geworden, seitdem die wissenschaftliche Unfallchirurgie zur Erklärung zahlreicher Beschwerden der Verletzten, die früher unverständlich und deshalb nur zu leicht für simulirte gehalten waren, bestimmte anatomische Veränderungen oder gut charakterisirte Krankheitsbilder aufgefunden hat. So ist denn die eine Zeit lang regelmässig in den Formularen für die Ausstellung der ärztlichen Gutachten enthaltene Frage, ob Simulation anzunehmen sei, mehr und mehr verschwunden — zum Vortheil der Verletzten und der begutachtenden Aerzte.

Aber auch in manchen anderen Richtungen hat die ärztliche Beurtheilung an Klarheit, Sicherheit und Gleichmässigkeit wesentliche Fortschritte gemacht. Zahlreiche Methoden sind entdeckt oder ausgebildet worden, welche uns erlauben, durch Unfälle hervorgebrachte Veränderungen und Schädigungen des Körpers quantitativ in Zahlenwerthen zum Ausdruck zu bringen; die fortgesetzte Erfahrung hat uns für die meisten Verletzungen das Mass von Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, welches sie zu bedingen pflegen, klar zur Anschauung gebracht, und die werthvollen, regelmässigen Veröffentlichungen des Reichs-Versicherungsamtes haben für die Rechtsprechung in der sozialen Praxis und besonders für die Rentenfestsetzungen bestimmte Normen eingeführt.

So ist doch jetzt die Schwierigkeit der ärztlichen Begutachtung in erheblichem Grade herabgemindert und in weitem Umfange eine Gleichmässigkeit in der Beurtheilung und Abschätzung der Unfallfolgen hergestellt, welche auch dem Versicherten selbst nicht verborgen geblieben ist. —

Um es in einem Worte auszudrücken: die begutachtende Thätigkeit der Aerzte hat sich darin vervollkommnet, dass sie mehr und mehr eine wissenschaftliche Richtung eingeschlagen hat. Wissenschaft nicht so zu verstehen, dass möglichst viel Gelehrsamkeit zum Ausdruck kommen soll, sondern definirt als das freie, von keinem Vortheil behinderte, von keiner Vorliebe beherrschte Suchen und Bekennen der Wahrheit. Eine in diesem Sinne wissenschaftliche Begutachtung wird auch dem höchsten Anspruch Genüge leisten, auf den es in der sozialen Praxis in erster Linie ankommt, gerecht zu sein."

Wenn eine so hohe und edle Auffassung in der ärztlichen Gutachterthätigkeit allgemein Platz griffe, so würden viel weniger widersprechende ärztliche Gutachten vorkommen und die Zahl der Streitfälle sich wesentlich vermindern.

B.

Das Berufsgeheimniss der Krankenpfleger.

Eine sehr ernste Mahnung ist es, die Dr. Haberkant-Uchtspringe in der „Irrenpflege" dem Pflegepersonal ertheilt, indem er darauf hinweist, dass § 300 des Strafgesetzbuchs nicht nur den Aerzten, sondern auch deren Gehilfen Schweigepflicht gegenüber beruflich anvertrauten Privat-Geheimnissen auferlegt. Wie oft hört man Pfleger und Pflegerinnen nicht nur aus Irrenanstalten, sondern auch aus anderen Krankenhäusern mit einer Harmlosigkeit, die ihre völlige Unbekanntschaft mit jenem Paragraphen zeigt, von ihren Kranken in geselligem Kreise erzählen! Jeder Arzt, der Krankenpfleger ausbildet, sollte besonderen Werth darauf legen, bei der ärztlichen Instruktion seinen Schülern das Wesen des Berufsgeheimnisses eindringlichst klar zu machen.

Der Haberkantsche kleine Aufsatz enthält aber noch ein anderes beachtenswerthes Moment: § 300 umfasst seinem Wortlaut nach nicht nur die Kurpfuscher, sondern auch die von Aerzten unabhängig thätigen Privatpfleger **nicht**. Falls diese Deutung des § 300 juristisch unanfechtbar ist, kennzeichnet sie eine böse Lücke des Gesetzes: Wenn Jemand einen Kurpfuscher aufsucht, hat er es sich freilich selbst zuzuschreiben, falls sein Privatgeheimniss nachher preisgegeben wird, er hätte ja zu einem Arzte gehen können! Einen Privatpfleger anzunehmen, ist aber mancher Kranke durch die Verhältnisse genöthigt, und also hat er Anspruch, dass diesen Personen gegenüber das Gesetz sein Privatgeheimniss schützt. Wir erinnern uns da eines recht charakteristischen Falles. Der Schreiber dieser Zeilen lernte zufällig einen Privatpfleger kennen und wurde von diesem in der ersten Viertelstunde des Zusammenseins gefragt: „Kennen Sie den Herrn X.? Den hab' ich lange gepflegt, der hat ja eine Tabes". Damals hatte Ref. das Gefühl, dass der Erzähler einen strafbaren Vertrauensbruch begehe — aber nach dem Gesetze scheint ja thatsächlich die Strafbarkeit nicht vorhanden zu sein. In dem Augenblick, wo man sich anschickt, das gesammte Heilgehilfenwesen neu zu ordnen, wäre es sicher nothwendig, auch die Frage des Berufsgeheimnisses dieser Personen von massgeblicher Stelle klarzulegen und gegebenen Falls neu zu ordnen.

Die Ausstellung ärztlicher Lehrmittel

in den Räumen der alten Kunstakademie in Berlin, welche zur Förderung der Bestrebungen für das ärztliche Fortbildungswesen ins Leben gerufen wurde, hat einen wirklichen Erfolg errungen.

Sie sollte gleichsam eine Uebersicht darüber geben, was alte und moderne Technik an Anschauungsmaterial für Lernende und Gelerntes Auffrischende bieten kann und sie hat gezeigt, dass Mikrophotographie, Radiographie, Kinematographie, moderne Konservirung pathologischer Präparate in natürlichen Farben in Verbindung mit älteren Kunstmethoden, wie Moulagen, Trockenpräparaten und Zeichnungen dem Studirenden und Arzt doch einen erfreulichen Reichthum an Mitteln zur Erkenntniss gesunder und kranker Lebensvorgänge geben.

Dabei hielt sich die Ausstellung streng an ihr Programm. Da gab es keine verwirrende und die Uebersicht störende Anhäufung von allerhand möglichen und unmöglichen Industrieerzeugnissen, mit denen bei anderen Ausstellungen die Reklame oft die eigentlichen Ausstellungsobjekte überwuchert. Alles, was man in den wenigen zur Verfügung stehenden Sälen zusammen sah, gehörte auch inhaltlich zum Begriff des Lehrmittels. Nicht jedes Kapitel der Medizin war in gleicher Menge und Reichhaltigkeit vorhanden. So zum Beispiel war die Neurologie mit Zeichnungen und Präparaten sehr reichhaltig vertreten, während die Psychiatrie dürftig beschickt war. Nur die Kgl. Charité hatte von Krankheitsbildern einige sehr typische photographische Diapositive geliefert. Doch thaten dergleichen Ungleichheiten dem Eindruck des Gesammten keinen Eintrag. Wir müssen es uns versagen, Einzelnes hervorzuheben. Die Mühsamkeit und Sorgfalt, welche unter den heutigen schweren Zeiten die Berufsarbeit des Aerztestandes kennzeichnet, sie ging auch aus vielen der ausgestellten Objekte hervor. Möge die Ausstellung den Anstoss und Beginn zu Etwas geben, was in Berlin noch fehlt, zu einem Museum für den ärztlichen Anschauungsunterricht, das für jeden Lernenden zugänglich und für jeden Lehrenden leicht benutzbar ist.

L.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. **№ 13.** Ausgegeben am 1. Juli.

Inhalt:

Aus der Ohrenabtheilung der Königl. Universitätpoliklinik zu München.

Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung.

Eine kleine Studie für Aerzte und Sachverständige.

Von

Professor Dr. **Rud. Haug**.

Da Ohrfeigen, Maulschellen etc. ausserordentlich häufig Veranlassung geben zu ärztlicher und gerichtlicher Begutachtung, dürfte es vielleicht nicht ganz zwecklos erscheinen, dieses Thema in diesen Blättern etwas näher zu beleuchten. Es ist dies wohl um so eher nöthig, als bez. der Auffassung der Ohrfeige als Körperverletzung die Meinungen oft ungemein auseinandergehen, und das ist auch nur natürlich, da die Folgen sich in den weitesten Grenzen bewegen können. Auch darf nie ausser Acht gelassen werden, dass die Verletzung oft blos angeblich gewisse Folgen nach sich gezogen haben soll oder dass alte, bereits lange Zeit vorhandene Ohrprozesse plötzlich jetzt ihr Dasein der angeschuldigten Verletzung verdanken sollen. Es soll im Folgenden lediglich die Folgewirkung der mit der Hand auf die Ohrgegend (nähere Nachbarschaft) applizirten Schläge, nicht aber die der mit harten Gegenständen (Schläge mit Stock, Steinen etc.) oder durch das Auffallen des Schädels verursachten Schädigungen in den Bereich der Betrachtungen eingezogen werden.

Die Beobachtungen, die den Grundstock dieser Betrachtungen ausmachen, entstammen dem reichen Materiale der mir seit 17 Jahren unterstellten Ohrenpoliklinik (mit jährlich ca. 3000 Ohrenpatienten); sie stellen die rein persönlichen Erfahrungen dar, die ich als Arzt und zum grossen Theile auch als gerichtlicher Sachverständiger in über 300 Fällen von Ohrverletzung (durch Ohrfeigen etc.) zu gewinnen in der Lage war. (Die Zahl derartiger Ohrverletzungen in diesem (1902) Jahre war allein schon 17 bis Juni).

Vergegenwärtigen wir uns zunächst einmal, als grundbegrifflich, das Zustandekommen der eventuellen Ohrverletzung, den mechanischen Vorgang bei der Ohrfeigenapplikation.

Zumeist wird mit der rechten Hand zugeschlagen, da

die meisten Menschen rechtshändig sind, und zwar von vorn her, so dass die linke Ohrgegend getroffen wird. Seltener wird der Handrücken zum Schlag benutzt, meist die flache Hand, ziemlich oft auch die Faust. Fällt der Schlag auf die rechte Seite, so war er entweder von einem Linkshänder oder von rückwärts her ausgeführt.

Nun ist es selbstverständlich, dass gewisse Momente zusammenkommen müssen, um eine Verletzung auszulösen, denn es kommt ja zu vielen, vielen Malen vor, dass nach einer derartigen Gewalteinwirkung gar nicht die Spur einer Verletzung sich bemerkbar macht, weder für den Augenblick noch später. Es kommt häufig genug vor, dass oft verhältnissmässig absolut sehr kräftige Gewalteinwirkungen ganz ohne jede Spur verlaufen, während andererseits zuweilen relativ geringfügig scheinende eine ungeahnte Rückwirkung äussern.

Woran liegt das? Welche Momente nun sind es, deren zufälliges Zusammentreffen die Hauptfaktoren zur Grundlage der Verletzung bilden?

Zunächst gehört einmal dazu ein, wenn auch nur momentan eingetretener luftdichter Abschluss des Gehörganges durch die schlagende Hand. Sie legt sich, oft nur gerade mit einem Finger, so auf den Gehörgangseingang, dass die im Gehörgange befindliche Luftsäule eine plötzliche Volumensänderung erfahren muss, und rasch komprimirt wird.

Nun sucht sich aber, einem alten physikalischen Lehrsatze zufolge, die verdichtete Luft wieder auszudehnen und strebt nach dem Orte des geringsten Widerstandes. Sie muss also, da sie nach aussen nicht mehr entweichen kann, auf das Trommelfell und die Gehörknöchelchenkette einwirken. Diese Einwirkung der Luftverdichtungswelle kann nun eine verschiedenartige sein: entweder kommt es zur partiellen oder totalen Durchreissung des Trommelfelles oder es wird, wenn sich die Kraft nicht in dem Trommelfellrisse oder in partiellen Blutaustritten erschöpft, die ganze Gehörknöchelchenkette unter sehr starkem Drucke rasch nach einwärts getrieben, so dass eine eben so starke Schwankung im inneren Ohre, im Labyrinthwasser, das die zarten Endigungen der Hörnerven umspült, erzeugt werden muss. Je nachdem sich die Folgen dieses akuten Wellensturzes wieder ausgleichen oder nicht, richten sich die zeitweiligen oder dauernden Störungen des Hörnervenabschnittes.

Ausser diesem ersten und hauptsächlichsten Gelegenheitsmomente haben wir selbstverständlich noch die mit jedem Schlage untrennbar verbundene Erschütterung als weiteren Faktor nicht ausser Acht zu lassen, die eine sich durch die Knochenmasse des Schädels fortpflanzende molekulare Schwankung hervorzurufen vermag.

Nach diesen zwei Grundfaktoren rangiren noch etliche andere Hilfsmomente. Erstlich einmal die Ueberraschung, der das Organ für den Augenblick verfällt. Wir wissen, dass wir in unserem Ohre einen Muskel haben, den Trommelfellspanner, der sich spontan zusammenzieht, sobald wir vorbereitet werden, dass eine stärkere Schalleinwirkung (Schussdetonotion etc.) unser Gehörsorgan treffen wird. Durch diese vorausgehende Spannung der Trommelfellfasern erhalten wir einen gewissen Schutz, dessen eben das durch den Schlag überraschte Ohr entbehren wird.

Wichtiger aber als das temporäre Ausgeschaltetsein dieses Schutzes ist eine durch die praktische Erfahrung und vielseitigste Beobachtung von allen Seiten konstatirte Thatsache, dass die der Gewalteinwirkung zum Opfer fallenden Trommelfelle oder Gehörorgane sehr häufig schon vorher nicht mehr ganz normal gewesen, durch vorausgegangene krankhafte Prozesse in ihrer Resistenzfähigkeit beeinträchtigt sind. Damit ist aber selbstverständlich nicht gesagt, dass ein gesundes Ohr immer einer Beeinträchtigung seiner Funktion bei einer derartigen Gewalteinwirkung entgehe, es kommt noch oft genug vor, dass bisher ganz gesunde Ohren mehr oder weniger starke Läsionen aufweisen. Immerhin aber muss die Gewalteinwirkung in solchen Fällen eine relativ sehr starke und das Zusammentreffen der Hilfsfaktoren ein besonders ungünstiges gewesen sein, wenn wir uns vor Augen halten, dass die eine sehr hohe ist. Es hat sich durch Experimente nämlich feststellen lassen, dass das menschliche Trommelfell erst bei einer Belastung mit einer Säule von 140—160 cm Quecksilber, also bei einem Druck von nahezu $1^3/_4$ Atmosphären einreisst, während das vieler Thiere schon lange unter 100 cm eine Trennung seiner Kontinuität erleidet.

Auch dürfen wir aus der Thatsache, dass häufiger vorher nicht ganz normale Gehörorgane der Verletzung leichter erliegen, keine mildernden Umstände für den Thäter ziehen, denn diese Ohren haben für ihren Besitzer genau denselben Werth gehabt, wie die normalen.

Nun zur Verletzung selbst.

Es mag hierbei aber bemerkt sein, dass, obschon diese Ausführungen eigentlich speziell auf die Ohrfeigenverletzungen Bezug nehmen, doch auch die durch Schläge, Detonationen, Explosionen, Lokomotivpfiffe etc. hervorgerufenen Läsionen des Gehörorganes in gleicher oder wenigstens nahezu gleicher Weise zu beurtheilen sind, so dass also diese Schilderung auch mit für sie gelten kann.

Die Folgen einer derartigen Luftdruckschwankung, kombinirt mit Erschütterung, können für das Ohr dreifach sein.

1. Blutungen und Zerreissungen des Trommelfells allein ohne Labyrintherschütterung.
2. Labyrintherschütterungen ohne Trommelfellruptur.
3. Trommelfellzerreissungen mit Labyrintherschütterung.

Was zunächst die subjektiven Symptome anbelangt, die diesen drei Gruppen angehörige Verletzte anzugeben pflegen, so ist es häufig, insbesondere in den Fällen, in welchen das Trommelfell zur Rupturirung gelangte, zuerst ein im Momente der Verletzung sich fühlbar machendes Geräusch eines dumpfen Knalles im Ohre, an das sich Schmerzensempfindungen verschiedensten Grades — vom leichtesten Zucken bis zum intensivsten wirklichen Schmerz — direkt anschliessen können; es ist aber durchaus nicht der Fall, dass jedesmal Schmerz empfunden wird. Es folgen nicht selten weiter ohnmachtsähnliche Zustände, die dann und wann in wirkliche Ohnmacht übergehen, aus welchen sich die Patienten zwar meistens verhältnissmässig rasch wieder erholen, doch sind, für die erste Zeit wenigstens noch, leichtere, selbst schwerere Gleichgewichtsstörungen, so dass die Patienten schwindelig sind, taumeln, schwanken, bei stärkeren Läsionen nicht selten.

Sehr häufig klagen die Verletzten über subjektive Geräusche. Gewöhnlich wird das Geräusch als Sausen und dumpfes Brummen bezeichnet, jedoch oft genug auch als Läuten, Pulsiren, Pfeifen, Klingen, Zischen, Stampfen (wie beim Dampfschiff) u. s. w.

Es entsprechen da Bezeichnungen von Seite der Patienten manchmal weniger dem wirklichen Charakter des thatsächlich vorhandenen Geräusches, als vielmehr dem Ideen- und Beschäftigungskreise der Verletzten; so versicherte mich ein Mann, ehemaliger Matrose, er höre auf seinem seit 1 Tage traumatisch erkrankten Ohre ein beständiges Stampfen wie von einem schwergehenden Dampfschiffe herrührend: wäre er eine Landratte und nicht zufällig eine Wasserratte gewesen, so wäre er wohl schwerlich auf diesen Vergleich gekommen.

Als letztes Symptom hätten wir schliesslich die functio laesa, die Herabsetzung des Vermögens. Wir würden sehr irre gehen, wollten wir annehmen, die Hörfunktion sei durchgehends beeinträchtigt oder gar aufgehoben. Es giebt gerade genug Fälle, in welchen das Hörvermögen gar nicht oder nur sehr wenig beeinträchtigt ist. Am allerwenigsten darf man glauben, es entspreche die Schwächung der Hörnerven der Grösse und Ausdehnung eines eventuell begleitenden Trommelfellrisses. Gar nicht selten treffen wir traumatische Trommelfellrupturen, bei welchen das Hören fast nicht, nur in geringem Grade vermindert ist, während wir andererseits oft finden, dass ein Ohr, dessen Trommelfell bei Gelegenheit der einwirkenden Luftdruckschwankung nicht im Mindesten in seiner Kontinuität gelitten hat, hochgradig harthörig bis ganz taub für die Umgangssprache, nicht blos für die Prüfungsflüstersprache, geworden ist. Selbstverständlich giebt es aber auch besonders unglücklich gelagerte Fälle, in denen die Kombination von Zerreissung der Trommelfellsubstanz mit Erschütterung des akustischen Apparates höchstgradige Funktionsstörung nach sich ziehen kann.

Wir haben nun weiter die für uns natürlich speziell nothwendigen objektiven Erscheinungen zu erörtern. Zunächst wissen wir bezüglich der verletzten Seite im Allgemeinen, dass bei Ohrfeigen und Schlägen zumeist die linke Seite die getroffene ist, was ja, wie bereits oben gesagt, seinen Grund natürlich einfach darin hat, dass die Mehrzahl der Menschen rechtshändig ist. Ist das rechte Ohr in Mitleidenschaft gezogen, so war der Attentäter linkshändig oder der Schlag wurde von rückwärts her applizirt. Es ist mitunter gar nicht unwichtig für die Beurtheilung, sich dieser Momente zu erinnern.

(Bei allen anderen Luftverdichtungstraumen kommt der Ort, von dem die Schall- und Erschütterungswelle ausgeht, in Betracht, insbesondere in welcher Entfernung und Richtung sie zur Wirkung gelangen konnte.)

Was nun zuvörderst die mit Ein- oder Zerreissung der Membran einhergehenden Luftdruckläsionen anbelangt, so finden wir fast durchgehends nur eine Ruptur: sehr selten kommt es zu zwei Einrissen und drei oder noch mehr gehören schon zu geradezu kolossalen Raritäten. Von Bonnafont wird eine siebförmige Durchlöcherung des Trommelfells als Folge einer Explosion angeführt.

Der Sitz einer Luftdrucksruptur ist immer die sogenannte intermediäre Zone, d. h. die Lücke befindet sich durchgehends zwischen dem Hammergriffe, vor- oder rückwärts desselben, und der peripheren Umsäumung des Trommelfells, ohne im Allgemeinen den Sehnenwulst zu überschreiten. Sie unterscheidet sich also hier von der durch direkte Gewalt oder direkte Erschütterung des Schädels hervorgebrachten Läsion, indem es bei dieser gar nicht zu selten vorkommt, dass sich der Riss auf den Sehnenwulst und den Paukenring fortsetzt als Knochenfissur; selbstverständlich aber darf deshalb dieses Durchreissen des Knochensaumes nicht als absolut pathognomonisch für die Ruptur der letzten Kategorie aufgefasst werden. Sehr häufig sitzt die Ruptur in der hinteren Hälfte des Trommelfells, jedoch kommt sie auch ebenso gar nicht selten in der vorderen Hälfte zur Beobachtung; Einrisse in der Nähe des Lichtkegels oder innerhalb desselben können insbesondere unter Umständen gewisse Schwierigkeiten bezüglich ihrer Erkennung darbieten.

Die Gestalt der Ruptur ist entweder die eines einfachen dunkel- und scharfkontourirten linearen, nur ausnahmsweise zackigen Risses oder aber, und das ist das bei Weitem Gewöhnlichere, eines Schlitzes oder Loches. Wir dürfen aber hier nicht vergessen, dass es uns nicht nur sehr selten vergönnt ist, eine derartige Läsion unmittelbar, wenige Minuten nach ihrer Entstehung zu beobachten; es vergehen meist Stunden bis Tage, ehe wir sie zu Gesicht bekommen und innerhalb dieses für den weiteren Verlauf einer Ruptur relativ schon langen und bedeutungsvollen Zeitraumes haben die durchrissenen Radiär- und Zirkulärfasern sich längst zurückgezogen, so dass aus dem vielleicht anfänglich noch linear gewesenen Risse eben jetzt ein spindelförmiger oder ovaler Substanzverlust geworden ist.

Wir finden also in der Mehrzahl der Fälle ein deutliches, längs gestelltes, spindeliges oder ovales, zuweilen aber auch ein dreieckiges oder rundliches Loch vor uns, dessen Ränder zwar ausserordentlich fein, aber immer, beim frischen Trauma, ganz scharf kontourirt sind. Wir werden bei der Differentialdiagnose sehen, dass sich die Eiterungsperforationen wesentlich anders zu verhalten pflegen.

Fast gewöhnlich beobachten wir weiter in den der Lücke direkt benachbarten Trommelfellpartieen Blutextravasate, die theils diffus in die weitere Umgebung ausstrahlen, theils schärfer begrenzt erscheinen; die Blutung erfolgt hierbei aber fast nie auf die freie Oberfläche, wie dies bei direkten Traumen zuweilen der Fall ist. Ausser diesen also an den Rändern der Ruptur sichtbaren Blutungen bemerken wir aber noch ziemlich regelmässig kleinere punkt- oder strichförmige Blutaustritte auf den verschiedensten Stellen der Membran, die bei allen frischen Traumen und bei Fehlen von beginnender Infektion ihre normale Farbe und Transparenz behalten hat und höchstens einen leicht injizirten Gefässstrang längs des Hammergriffes aufweist; zuweilen ist auch neben diesem Gefässbande noch ein diffuser Blutstreifen am Hammergriff sichtbar. Die kleinen Blutungen und Streifen weisen gleich den Randblutungen oft Farbenunterschiede auf, indem sie sich bald als hellrothe bald als schwarzrothe Fleckchen dokumentiren; wir können in dem ersten Falle annehmen, dass die Blutungen ihren Sitz innerhalb der tieferen Schichten des Trommelfelles haben, im letzteren dagegen, dass sie subepidermoidal sitzen. Diese Blutungen gehören mit zu den wichtigsten Erkennungszeichen des Traumas, wie wir weiter unten sehen werden, und fehlen fast nur bei atrophischen Trommelfellen, insbesondere bei durchschlagenen dünnen atrophischen Narben.

Die Grösse der Ruptur kann sich innerhalb sehr verschiedener Grenzen bewegen, von Stecknadelstichgrösse, vom Umfange eines Kommas bis zu den grossen, ganze Segmente oder die eine Hälfte des Trommelfells umfassenden Rupturirungen.

Sehr häufig haben die Rupturen die Grösse etwa eines Hanfkornes oder Gerstenkornes. Bei den gerade genannten umfänglicheren Läsionen finden wir nicht selten eine Lappenbildung, so dass ein mehr oder weniger dreieckiger Fetzen in die Paukenhöhle hineingeschlagen und in sie hineingekehrt erscheint. In sehr seltenen Fällen kann es auch vorkommen, dass a priori das ganze Trommelfell auf einmal in die Trommelhöhle hineingeschlagen, also vom Knochensaume abgetrennt wird. Sehr kleine und kleine bis hanfkorngrosse Rupturen sehen gewöhnlich schwarz aus oder sind wenigstens mit ziemlich dunkelm Hintergrund versehen, von dem sie sich scharf abheben. So sah ich auch in jüngster Zeit eine doppelseitige Luftdruckruptur, die sich dadurch merkwürdiger Weise auszeichnete, dass auf beiden Seiten genau an derselben korrespondirenden Stelle, in der Mitte des hinteren obern Quadranten, ein ganz minimes rundes schwarzes Loch sich befand; es sah gerade aus, als ob das Trommelfell da mit einer Nähnadel durchstochen worden wäre. Der Bursche hatte auf beide Seiten Ohrfeigen applizirt erhalten.

Besondere Schwierigkeiten bezüglich der Erkennung können

die Rupturen im Gebiete des Lichtkegels, also im vorderen unteren Quadranten, bereiten; man kann sie da oft von vornherein überhaupt noch nicht als solche erkennen, sondern sieht blos eine Strichelung oder ein Zerknittertsein des Lichtkegels und erst bei der Auskultation mit nachfolgender Okularinspektion entpuppen sie sich als Risse. Es gilt dies natürlich blos für die kleinen, feinen, haarähnlichen Risse dieser Region; umfänglichere werden das gleiche Gepräge haben wie die bisher geschilderten, ob schon ihr Verhalten immerhin durch die Existenz des Lichtkegels etwas modifizirt werden kann.

Zuweilen trägt auch zur Schwierigkeit der Erkennung von Läsionen im vorderen unteren Quadranten eine besondere Schiefstellung der Membran oder eine stark buckelförmige Entwickelung der unteren Gehörgangswand bei, die den Einblick erschwert. (Bei Individuen mit starker Entwickelung des Kiefergelenkes.)

Wie die gerade oben geschilderten kleinen Rupturen, so heben sich auch die grösseren und grossen Substanzverluste vermöge des früher schon erwähnten, allen Luftdruckrupturen eigenthümlichen feinen und scharf kontourirten Randes, den wir wohl nur bei den leichten Lichtkegeleinrissen vermissen, von ihrem Untergrunde sehr deutlich ab, aber hier wird dieser Hintergrund nicht mehr schwarz erscheinen, sondern blassröthlich oder gelblich. Wir sehen nämlich bei derartig grossen Substanzverlusten die Paukenwand, meist die gegenüber der Labyrinthwand als gelbliche oder rein knochengelbe Partie vor uns und eine eventuelle Betastung mittelst der Sonde, die aber durchaus nicht anzurathen ist im Allgemeinen, würde uns sofort den absoluten Beweis liefern, dass wir nur die Knochenwandung vor uns haben können. (siehe Differentialdiagnose). Und schliesslich haben wir noch das Rupturgeräusch, das sich hier als ein weiches, hauchend-blasendes Geräusch dokumentirt im Gegensatze zu dem Perforationsgeräusche z. B. bei Eiterungsprozessen (siehe Differentialdiagnose). Es mag aber hier gleich bemerkt werden, dass wir so wenig als möglich, bei deutlich gegebenen anderen diagnostischen Faktoren, auf dieses diagnostische Hilfsmittel rekurriren sollen, einmal weil die Wundränder wieder aus einander gerissen und die Heilung somit verlangsamt wird und dann zweitens hauptsächlich deshalb, weil eine Infektion der Wunde vom Nasenrachenraume aus durchaus nicht zu den Unmöglichkeiten oder Seltenheiten gehört.

Die Herabsetzung des Hörvermögens ist bei den einfachen unkomplizirten Luftdruckrupturen selten eine hochgradige. Gewöhnlich verstehen die Patienten die Konversationssprache auf ziemliche Entfernung noch deutlich und auch die Flüstersprache wird oft noch auf Entfernung von 1 bis 2 und mehr Metern wahrgenommen.

Einen sehr wichtigen Beweis, dass es sich im gegebenen Rupturfalle blos um eine Läsion des Trommelfells, also des schallleitenden Apparates und nicht um eine gleichzeitige Erschütterung der Hörnerven handelt, erhalten wir durch die Ausführung des Weber'schen Versuches. In all den Fällen von reiner Läsion des Schallleitungsapparates (Trommelfell mit Adnexen) wird, vorausgegangene andere Erkrankungsprozesse natürlich ausgeschlossen, der Ton einer auf den Scheitel aufgesetzten schwingenden Stimmgabel deutlich und nur auf dem verletzten Ohre vom Patienten wahrgenommen. Die nähere Würdigung all dieser Verhältnisse werden wir bei der Darstellung der Begutachtung finden.

Wir haben nun die am Trommelfelle sich bei Luftdruckrupturen abspielenden objektiven Erscheinungen kennen gelernt und es wird jetzt zweckmässig sein, hieran gleich die Momente, durch vergleichende Betrachtung gewonnen, zu knüpfen, die uns eine Differentialdiagnose ermöglichen, ob im gegebenen Falle ein Trauma als Ursache der Veränderungen anzunehmen ist oder nicht.

Zuerst haben wir hier die Ränder des Substanzverlustes zu berücksichtigen. Bei unserer traumatischen Ruptur sind die Ränder immer dünn und scharf gezeichnet, bei der durch Eiterungsprozesse bedingten Perforation dagegen sind sie, insbesondere bei chronischen Prozessen, abgeflacht, sehr häufig direkt gewulstet und dick, oft sind dabei noch Kalkeinlagerungen verschiedenen Grades in den Rändern selbst bemerkbar, wie auch an anderen Stellen der Membranen. Die Form der Ruptur*) ist die eines Risses, Spaltes oder einer mehr weniger ausgeprägten Spindel, auch ovoid oder dreieckig; die Perforation ist meist rundlich; nimmt sie ein grösseres Areal ein, so tritt sie gerne in Nieren oder Kartenherzform auf. Es ist aber daran festzuhalten, dass man aus der Form der Lücke allein nie und nimmer einen absoluten Rückschluss machen darf.

Ein weiteres wichtiges und vielleicht überhaupt das wichtigste Erkennungszeichen sind die Blutextravasate in unmittelbarer Nachbarschaft der Ruptur sowie die zerstreuten vielfachen punkt- oder strichförmigen Blutungen auf den übrigen Partieen der Membran, von der sie sich, da die Membran beim reinen Luftdruckstrauma ihre völlig normale perlgraue Farbe, ihren normalen Glanz ohne jede Beimischung von begleitender Entzündungsröthe zu behalten pflegt, scharf abheben. Die Blutungen, die sich innerhalb des Trommelfellgewebes bei akut entzündlichen Prozessen, insbesondere häufig bei Infektionskrankheiten einstellen, sind fast immer begleitet von lebhafter Entzündungsröthe des Trommelfells; sie treten auf hell- oder saturirt dunkelrothem Untergrunde, an dem man keinen Hammergriff, keinen Lichtkegel, keine Kontour mehr unterscheiden kann, auf. Zudem sind die Letzteren immer sekundirt von heftigem Schmerz und Allgemeinerscheinungen (Fieber etc.), was Alles beim reinen Trauma als solchem fehlt.

Aber den traumatischen Trommelfellblutungen wohnt noch ein weiteres Eigenthümliches inne, das sie für die Diagnose, speziell noch für die Spätdiagnose des Traumas — und das gilt für alle Verletzungen des Trommelfells, die indirekten, wie die direkten — wichtig erscheinen lässt. Sie haben nämlich durchgehends eine verhältnissmässig sehr lange Existenzdauer; sie halten sich nicht blos etliche Tage lang, sondern bleiben über mehrere Wochen (bis zu sechs Wochen) sichtbar; allerdings pflegen sie nicht an dem ursprünglichen Entstehungsplatze für die ganze Zeit stehen zu bleiben, da die Ecchymosen bekanntlich auf oder in dem Trommelfelle wandern, und zwar geschieht das immer von der Mitte gegen die Peripherie hin zu. Das thut aber ihrer Wichtigkeit in dieser speziellen Hinsicht nicht den mindesten Abbruch, da wir aus ihrem Dasein, auch lange nachdem sich die Ruptur vielleicht schon geschlossen hat und kaum mehr als Narbe zu erkennen ist, mit absoluter Sicherheit schliessen können, dass ein Trauma stattgefunden haben müsse.

Es ist diese Eigenthümlichkeit der circumscripten Blutungen um so werthvoller, als die übrigen Merkmale des Traumas, sowohl die beschriebenen als die folgenden, entweder innerhalb sehr kurzer Frist zu verschwinden oder sich zu verändern pflegen, derart, dass ein absoluter Rückschluss auf das Trauma nicht mehr möglich ist, da die Diagnose durch die andern Begleiterscheinungen selten über dreimal 24 Stunden hinaus möglich. Eine kleine Einbusse erleiden die Blutungen bezüglich ihrer diagnostischen Werthigkeit aller-

*) Unter Ruptur verstehen wir ein für allemal hier die traumatische Durchreissung des Trommelfells, während Perforation lediglich für die durch Erkrankungsprozesse (Eiterungen) hervorgerufenen Substanzverlust des Trommelfells zu gelten hat.

dings dadurch, dass sie, wie bereits früher angedeutet, bei atrophischen Trommelfellen fehlen können oder wenigstens nur in geringem Masse zur Beobachtung gelangen. Für alle anderen aber, also für die Mehrzahl der verletzten Membranen, bleibt ihre Wichtigkeit uneingeschränkt.

Ein anderes differentiell-diagnostisches Moment begegnet uns in dem Aussehen des Untergrundes der Lücke. Bei irgendwie grösseren frischen Rupturen, die über Punkt- oder Strichgrösse hinausgehen, insbesondere bei den grossen, sehen wir ganz deutlich die Pauken-Labyrinthwand gelblich, blass, von Knochenfarbe, ohne jede Spur von entzündlicher Reizung; bei den Perforationen dagegen ist die Paukenschleimhaut als röthliche oder zumeist als direkt rothe, hyperämische, glänzende oder granulirte Schleimhaut sichtbar. Sekret fehlt bei einer Luftdruckruptur, wenn sie nicht infizirt ist oder Flüssigkeit in den Gehörgang gebracht wurde, durchgehends, während es bei bestehenden Eiterungsprozessen leicht nachweisbar ist durch Sonde und Watte und durch die Luftdouche; bei den sogenannten persistenten Lücken kann natürlich auch zur Zeit das Sekret fehlen, indess werden sich die durch den Charakter der Ränder, das Verhalten des Trommelfells im Allgemeinen (Trübungen, Verdichtungen, Kalkeinlagerungen, Adhäsionen etc.), als den Residuen eines chronischen, abgelaufenen Prozesses angehörig, dokumentieren.

Wichtig für die differentielle Diagnose ist dann noch die Art des Rupturgeräusches. Es ist nach den Beobachtungen von Politzer, die grösstentheils von anderen Autoren bestätigt werden konnten und auch nach meinen Erfahrungen, wie oben bereits angedeutet wurde, fast durchgehends bei den Luftdruckrupturen ein einfaches weiches, hauchendes, blasendes Geräusch, ohne Sekretbeiklang und es tritt schon hörbar auf sowohl durch den Auskultationsschlauch als auch frei, bei den allergeringsten Luftverdichtungen im Cavum naso-pharyngem, also beim leichtesten Valsalva, beim leichten Schnäuzen u. s. f.; es erfordert einen sehr geringen Kraftaufwand, um hörbar zu werden.

Bei den Perforationen hingegen, insbesondere bei den kleinen bis mittelgrossen — und die kommen ja beim frischen Trauma zumeist in Frage — repräsentirt sich das Geräusch als Perforationsgeräusch von hart zischendem, pfeifendem Charakter, das, oft mit deutlichem Sekretrasseln verbunden, (schon ohne Auskultationsschlauch) durch ganze Zimmer weit laut und deutlich gehört wird. Dabei ist aber meist eine viel stärkere Druckkraft nöthig, der Patient muss oft fest pressen, bis das Geräusch zu Tage tritt. Letzteres gilt im Allgemeinen auch für die persistenten trockenen Trommelfelllücken, bei welchen das Perforationsgeräusch sich dem Rupturgeräusch mitunter nähern kann, aber es behält, im Gegensatze zur Ruptur, immer eine gewisse Härte des Anschlages.

Endlich hätten wir als letztes der differentiellen Momente heranzuziehen die Zeitdauer der Heilung. Die Heilung beansprucht bei den Luftdruckrupturen (natürlich nicht infizirten) durchschnittlich einen kleinen Zeitraum, indem die meisten innerhalb drei bis zwölf Tagen sich dauernd zu schliessen pflegen. Es gilt das natürlich blos für bisher gesunde Trommelfelle im Allgemeinen, eben so wie für physisch sonst gesunde Individuen. Die Heilungsdauer kann, aber es ist dies nur ausnahmsweise der Fall, durch gleichzeitig bestehende, insbesondere konsumirende Allgemeinerkrankungen (Diabetes, Tuberkulose, Chlorose etc.) hinausgezogen werden. Ein Grund aber einer verzögerten Heilung liegt oft in den absolut willkürlichen Luftverdichtungen (absichtliches Schnäuzen und Pressen), welche die Patienten vornehmen, um durch das immerfortwährende Wiederaufreissen der Ränder die Sache möglichst in die Länge zu ziehen, da sie hoffen, hierdurch auf dem Prozesswege eine für sie möglichst günstige Entscheidung zu erzielen resp. eine möglichst hohe Entschädigungssumme zu erreichen. Es kommt das gar nicht so selten vor, als man glauben möchte. Trotzdem können aber die Patienten die schliessliche Heilung nicht verhindern.

Ein eigentliches Ausbleiben der Heilung, ohne dass Eiterung vorher eingetreten wäre, mithin die Bildung eines trockenen presistenten Loches, kommt nur ganz ausnahmsweise zur Beobachtung und dann sind es wieder die atrophischen Trommelfelle, bei welchen sich das zeigt.

Die durch vorausgegangene oder bestehende chronische Eiterungsprozesse zu Stande gebrachten Perforationen kennzeichnen sich, wie allbekannt, eben dadurch schon, dass sie innerhalb der für die Heilung einer Ruptur durchschnittlich gegebenen Zeit nie zur Ausheilung kommen, ja dass sie sich innerhalb dieses Zeitraumes kaum verändern.

In dem vorausgehend Skizzirten ist auch der Verlauf der einfachen unkomplizirten Luftdruckruptur so ziemlich enthalten; wir brauchen blos noch zuzufügen, dass das an und für sich hierbei häufig nicht hochgradig herabgesetzte Hörvermögen sich im Laufe der nächsten Wochen wieder herzustellen pflegt; auch die subjektiven Geräusche mindern sich und sistiren, obwohl es schon hier, bei den unkomplizirten Rupturen, nicht zu selten zur Beobachtung kommt, dass sie sich auf lange Zeitdauer erstrecken (monatelang). Schmerz ist bei der einfachen Ruptur, nach dem ersten, wohl nie mehr welcher vorhanden, eben so wie auch alle anfänglichen Erscheinungen (Schwindel etc.) sich nicht weiter wiederholen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der inneren Abtheilung des St. Vincenzhauses, Köln.

Syringomyelie nach Lues.*)

Von
Dr. L. Hulsmans,
Oberarzt.

Das Wort Syringomyelie ist sowohl klinisch wie ätiologisch ein Sammelbegriff. Denn wie klinisch die Röhrenbildung je nach Sitz und Verlauf die verschiedenartigsten Bilder erzeugt, so ist auch die Aetiologie derselben durchaus heterogen.

Bezüglich des ersten Punktes kann ich wohl kurz verweisen auf die Arbeit von Rummo über traumatische Syringomyelie (Riforma med. 1901, 1 und 2). Derselbe stellt unter Hinweis auf die zahlreichen Fälle von anomaler und rudimentärer Syringomyelie sechs verschiedene Typen auf, auf welche ich schon deshalb nicht eingehen möchte, weil es mir überhaupt unzweckmässig erscheint, bei dem proteusartigen Bilde der Krankheit wieder zu klassifiziren.

Bezüglich der Aetiologie der Syringomyelie erwähne ich die Arbeiten von Saxer[1]), welcher schon 1896 die entzündliche Genese der Syringomyelie für manche Fälle betonte, auch die Arbeit von Ebstein und Schwalbe[2]) — dieselben bringen Gefässveränderungen mit dem pathologischen Bilde in Verbindung.

In ähnlichem Sinne sprachen sich A. Pick[3]) und Brasch[4]) aus.

Ich selbst hielt mich für berechtigt, in einem Artikel „Trauma, Myelitis, Syringomyelie", welcher demnächst in der Zeitschrift für klinische Medizin erscheinen wird, folgenden Satz aufzustellen:

Das Bild der Syringomyelie kann durch Gliomatose (oder

*) Vortrag, gehalten im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln am 16. Juni 1902.

durch Sekundärinfektion einer Blutung) im Rückenmark hervorgerufen werden. In den meisten Fällen aber liegt demselben eine chronisch fortschreitende, in Erweichung übergehende infektiöse Rückenmarks-Entzündung im Anschluss an Embolie resp. Thrombose der zentralen Gefässe des Cervikalmarkes zu Grunde.

Ich darf dabei wohl nochmals anführen, dass Westphal[5]) in autopsia „obliterirte Gefässe direkt in circumscripte grössere Degenerationen einmünden sah" — letztere sind als myelitische Erweichungsherde aufzufassen.

Diese Herde können sowohl akuten wie chronischen Infektionskrankheiten ihren Ursprung verdanken und also z. B. sowohl einer Angina als einer Lues angehören.

Bezüglich der ätiologischen Bedeutung der Lues zitirt Westphal (l. c.) die gleichen Anschauungen von Fr. Müller, Meder und Fr. Schultze.

Bei dem von mir im Augenblick noch behandelten Syringomyelie-Kranken, dessen Anamnese und Status ich Ihnen kurz skizziren möchte, stehe ich nicht an, neben einem vor sechs Jahren überstandenen Trauma, auf dessen Bedeutung ich unten noch kurz eingehen werde, eine alte Lues als bedeutsam für die Krankheit zu erklären.

Der Schlosser J. G., 51 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Vor 32 Jahren acquirirte er ein ulcus durum, sonst will Patient immer gesund gewesen sein. Vor sechs Jahren fiel G. auf die rechte Schulter. Von diesem Zeitpunkte ab stellten sich ziehende Schmerzen im rechten Arm ein. Ausserdem bemerkte Patient, dass die Muskulatur der rechten Schulter und des rechten Oberarmes abmagerte, bis schliesslich eine vollkommene Funktionsunfähigkeit des rechten Armes eintrat. Vor $1^1/_2$ Jahren zeigte sich Gürtelgefühl sowie Schmerz und Schwäche im linken Bein.

Status praesens: Bei Fehlen aller bulbären Symptome fällt sofort in die Augen eine starke Abmagerung der rechten Schulter und des rechten Armes (Supra- und infraspinatus, Deltoides, Pectoralis major, Biceps brachii) mit fibrillären Zuckungen und Entartungsreaktion in diesen Muskeln bei erhaltener Unterarm- und Handmuskulatur.

Im Bereich dieser atrophischen Muskeln, sowie am ganzen Oberkörper ist Schmerz- und Temperatursinn erloschen, die übrige Sensibilität, mit Ausnahme in der Haut des Bauches, normal.

Das Gürtelgefühl steigert sich zeitweise zu ausstrahlenden Schmerzen in der Lebergegend. Als wir gegen dieselben eine Ableitung durch ein Capsicum-Pflaster versucht hatten, entwickelte sich an der Stelle derselben ein zirka handtellergrosser Karbunkel, welcher ohne Schmerz verlief und erst in 4 Wochen heilte — ein Beweis, dass der erste Schmerz ein spinal entstandener, wahrscheinlich auf meningitischer Ursache beruhender war.

Deutliche Kyphoskoliose.

An den Knochen und Gelenken nichts Abnormes, ausser einem deutlichen Knarren im rechten Schultergelenk. (Arthropathie.)

An den unteren Extremitäten besteht ausser einer leichten Herabsetzung der groben Kraft im linken Bein eine sehr bedeutende Steigerung der Kniescheiben- und Achillessehnenreflexe. Neben dem sehr lebhaften Fusssohlen-Kitzelreflex ist auch der Babinskische Reflex deutlich auslösbar.

Patient erhält Jodkali und wird ausserdem elektrisch behandelt.

Die Röhre beginnt bei unserem Patienten offenbar im Cervikalmark, verläuft zunächst in der grauen Substanz; sie erreicht aber schon im untersten Brustmark die Oberfläche des Rückenmarkes. Ich stelle mir ferner vor, dass sie sich in dieser Höhe nach rechts und links theilt. So wird das den Körper umgreifende Gürtelgefühl und die Steigerung der Reflexe an den unteren Extremitäten verständlich, ersteres auf einem sekundären spinalmeningitischen, hauptsächlich rechts (ausstrahlende Schmerzen) bestehenden Prozess, letztere auf einem beiderseitigen Mitergriffensein der Pyramidenseitenstrangbahnen beruhend.

Ich hatte in einem früheren Falle (7 und 8) für 100-prozentige Erwerbsunfähigkeit entschieden, weil ein vorher gesunder Mann im Anschluss an ein Trauma die Erscheinungen von Syringomyelie bot.

Bei dem eben vorgestellten Patienten, welcher an sich natürlich auch vollkommen erwerbsunfähig ist, liegen die Verhältnisse etwas anders. Hier kommt ätiologisch zunächst die Lues in Betracht. Das Trauma war das letzte auslösende Moment oder, besser gesagt, dasselbe liess die subjektiven Beschwerden der Syringomyelie in die Erscheinung treten.

In solchem Falle schliesse ich mich Stolper (6) u. A. durchaus an, welche den Rentenanspruch je nach Zahl und Qualität der arthropathischen Gelenke festsetzen. Da hier die Arthropathie des rechten Schultergelenkes den rechten Arm beim Erwerb vollkommen ausschaltet, bewillige ich dem Patienten mindestens 60 Prozent Rente.

Literatur.

1. Saxer, Anatomische Beiträge zur Kenntniss der sogen. Syringomyelie 1896.
2. Ebstein und Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin, Bd. IV.
3. A. Pick, Archiv für Psychiatrie, Bd. 31, Heft 3.
4. Brasch, Ueber initiale Syringomyelie, Fortschritte der Medizin, Bd. XVI, No 14.
5. Westphal, Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie, Deutsches Archiv für klinische Medizin, Bd. 64.
6. Stolper, Aerztliche Sachverständigen Zeitung 1902, 2 und 3.
7. L. Huismans, Syringomyelie nach Trauma D. Med. Wochenschrift 1897/8.
8. Derselbe, Ueber Myelitis etc., Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. 44, Heft 3 und 4.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. **Max Bierfreund**-Insterburg,

Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

II.

Lungenentzündung mit Schulter- und Hüftgelenkentzündung komplizirt, als Unfall anerkannt.

Der Besitzer F. G. aus P. macht bei seiner amtlichen Vernehmung am 25. Juli 1896 über seine Erkrankung nachstehende Aussage:

„Am 6. Dezember 1895 wüthete ein starker Sturm, welcher das Strohdach auf meinem Viehstall beschädigte. Ich sah mich daher genöthigt, um der Abdeckung meines Daches durch den Wind vorzubeugen, das Stroh durch Dachstäbe und lange Stangen zu befestigen. Zu diesem Behuf musste ich bis auf den First des Daches steigen und war daselbst dem heftigsten Luftzuge ausgesetzt. Die Arbeit dauerte etwa eine Stunde und habe ich dabei recht empfindlich gefroren. So sehr ich mich auch nach der Arbeit bewegte, bekam ich doch nach einigen Stunden heftiges Fieber, sodass ich zu Bett gehen musste und nicht mehr aufstand. Am andern Tage liess ich ärztliche Hilfe holen und konstatirte der Arzt Lungen- und Rippenfell-Entzündung. Durch unablässige, ärztliche Hilfe

wurden die beregten Uebel gehoben, das Leiden warf sich jedoch auf das rechte Bein und den linken Arm, und verschlimmerte und zog sich so in die Länge, dass ich bis zum 6. Juni d. J. trotz beständiger ärztlicher Behandlung schwerkrank darnieder lag. Es haben mich die Aerzte Dr. H. und Dr. Bierfreund behandelt. Am 6. Juni habe ich zur Noth das Bett verlassen können und nach einiger Zeit mich mühsam, auf Krücken gestützt, fortbewegen können.

Der Zustand hat sich jetzt etwas gebessert, sodass ich mich jetzt mit einer Krücke fortbewegen kann, ich bin jedoch noch vollständig arbeits- und aufsichtsunfähig.

Da ich der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft angehöre und mir den Unfall im landwirthschaftlichen Betriebe zugezogen habe, so beantrage ich die Bewilligung einer Unfallrente. Wenn ich den Unfall nicht rechtzeitig angemeldet habe, so hat dieses seinen Grund darin, dass ich glaubte, dass mein Unfall nicht so schlimm werden würde."

Die Antwort des Sektionsvorstandes der Berufsgenossenschaft lautete:

„Auf das Gesuch vom 25. Juli gereicht Ihnen zum Bescheid, dass der unterzeichnete Sektionsvorstand beschlossen hat, Ihnen eine Unfallentschädigung nicht zu bewilligen.

Nach dem Reichsgesetz vom 5. Mai 1886 ist als Unfall nur die plötzlich eintretende Einwirkung auf den Körper eines Menschen und dadurch bedingte plötzliche Erkrankung anzusehen. Eine durch fortgesetzten Luftzug bei der Arbeit verursachte Erkältung und dadurch herbeigeführte Krankheit gilt nach den mehrfachen Entscheidungen des Reichsversicherungs-Amtes zu Berlin als eine nicht durch Unfall bedingte Krankheit im Sinne des genannten Gesetzes. So hat auch der Sektions-Vorstand im vorliegenden, Sie betreffenden Fall zu der Ueberzeugung nicht gelangen können, dass es sich bei Ihnen um eine durch Unfall erzeugte Krankheit handelt. Er hat vielmehr nach Lage des Falles angenommen, dass es sich bei Ihnen wahrscheinlich um ein altes, rheumatisches Leiden handelt, welches in seinem Ursprung bereits lange vor der am 6. Dezember 1895 geleisteten Dachdeckerarbeit bestanden hat."

Hiergegen legte der Verletzte Berufung ein. In der Sitzung vom 31. Mai 1897 hat das Schiedsgericht dieser Berufung stattgegeben und dem Kläger eine 50 prozentige Rente bewilligt.

In der Urtheilsbegründung heisst es:

Das Schiedsgericht hat über die thatsächlichen Vorgänge den Knecht G. zu R., die Dienstmagd W. zu P. und den Knecht M. zu R. als Zeugen vernommen und haben diese Zeugen übereinstimmend Folgendes bekundet:

„Ungefähr am 6. Dezember 1895 herrschte ein Sturm (wir waren gerade beim Erbsendreschen beschäftigt), welcher das Strohdach des Viehstalles des Klägers beschädigte. Derselbe stieg, um eine weitere Zerstörung desselben zu verhindern, auf das Dach, um das Stroh durch Stangen, die wir ihm hinaufreichten, zu befestigen. Dieses hat ungefähr $1^1/_2$ Stunden in Anspruch genommen. Als der Kläger wieder hinunterstieg, bemerkte er sofort, dass er sich erkältet hätte und legte sich zu Bett. Am folgenden Tage war er heftig erkrankt und musste nach einigen Tagen der Arzt geholt werden. Er hat seitdem mehrere Monate lang gelegen. Vordem war Kläger ganz gesund."

Demnächst hat das Schiedsgericht den praktischen Arzt Dr. Bierfreund-Insterburg gehört. Sein Gutachten lautet:

„Der Besitzer F. G. musste am 6. Dezember 1895 auf dem Dachfirst seines Hauses etwa $1—1^1/_2$ Stunden lang eine Ausbesserung des Daches vornehmen, welches durch einen augenblicklich herrschenden Sturm zerstört zu werden drohte. Er war während dieser Arbeit dem heftigsten Luftzuge ausgesetzt und erkrankte wenige Stunden darauf unter heftigem Fieber, Schmerzen in der Brust und Husten; am folgenden Tage liess er den Arzt, Dr. H., zu sich herausholen; am 13. Dezember übernahm ich die ärztliche Behandlung.

G. litt an einer ausgedehnten doppelseitigen Lungen- und Brustfellentzündung, zu welcher sich in der dritten Krankheitswoche noch eine Entzündung des linken Schulter- und Hüftgelenks hinzugesellte. Das rechte Hüftgelenk vereiterte und machte einen mehrfachen operativen Eingriff zur Entleerung des Eiters nothwendig. Erst am 6. Juni 1896 konnte G. zur Noth das Bett verlassen; das rechte Hüft- und Kniegelenk war vollständig versteift, auch bestand noch eine stark Eiter absondernde Fistel in der Nähe des rechten Hüftgelenks, welche erst im März d. J. zur Ausheilung gelangte.

Bei der heutigen Untersuchung erweisen sich die Lungen im Grossen und Ganzen als gesund; leichtere Verwachsungen zwischen Lungenoberfläche und Rippenfell sind für die Erwerbsfähigkeit belanglos. Das linke Schultergelenk ist aktiv und passiv völlig frei beweglich. Das rechte Hüftgelenk kann weder aktiv noch passiv bewegt werden, die Beweglichkeit im Gelenk ist vollständig aufgehoben. An der Aussenseite des Oberschenkels findet sich etwa handbreit unterhalb des Hüftgelenks eine stark eingezogene, fest verheilte Narbe. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks ist ebenfalls hochgradig beeinträchtigt. Das Kniegelenk kann aktiv und passiv nur bis zu einem Winkel von 150 Grad gebeugt werden. Im Uebrigen sind die Gelenke bei der Betastung nirgends druckempfindlich, in ihren Konturen annähernd normal. In Folge der beschriebenen Veränderungen des rechten Beines ist der Gang des G. sehr unbeholfen und hinkend, ebenso ist das Stehen, noch mehr aber das Sitzen durch die vollständige Steifheit des rechten Hüftgelenks erschwert. Da auch das Kniegelenk nur wenig sich beugen lässt, so muss G. beim Sitzen das rechte Bein vollständig gestreckt halten.

Es muss ohne Weiteres zugegeben werden, dass die Krankheiten des G. (Lungen- und Brustfellentzündung, eitrige Gelenkentzündungen) zu der Erkältung durch heftigen Luftzug am 6. Dezember 1895 in ursächlichem Verhältniss stehen. Die Frage, ob die in Rede stehende Erkältung allein hingereicht habe, die Erkrankung hervorzurufen, übergehe ich, da sie für die Entscheidung, ob hier ein Unfall im Sinne des Reichsgesetzes vom 5. Mai 1886 vorliegt, belanglos ist. Der Anspruch des G. ist vom Sektions-Vorstand mit der Begründung abgewiesen, dass der Ursprung des Leidens wahrscheinlich schon lange vor dem 6. Dezember zurückzudatiren ist und eine durch fortgesetzten Luftzug bei der Arbeit verursachte Erkältung und dadurch herbeigeführte Krankheit nicht als Unfall anzusehen ist.

Die Frage, ob im einzelnen Fall eine plötzliche oder allmähliche Einwirkung stattgefunden hat, ist allerdings unter Umständen schwer zu beantworten, weil die Begriffe „plötzlich" und „allmählich" an der Grenze, in einander übergehen, und die Beobachtung der einzelnen Stadien eines schädlich wirkenden Vorgangs nicht selten erschwert ist. Im vorliegenden Falle ist aber durch Zeugen nachgewiesen, dass der schädigende Einfluss auf G. in einem verhältnissmässig kurzen, der Dauer nach den Begriff des Unfalls noch nicht ausschliessenden Zeitraum erfolgt ist. G. ist dem heftigsten Luftzuge bei strenger Winterkälte höchstens $1—1^1/_2$ Stunden lang ausgesetzt gewesen. Es kann somit von einer zeitlich nicht bestimmbaren, allmählichen, resp. fortgesetzten Einwirkung nicht mehr gesprochen werden; die körperschädigende Einwirkung des kalten Luftzuges ist zeitlich so zusammengedrängt, dass die daraus resultirende Schädigung als Folge eines Unfalls aufzufassen ist.

Z. B. wurde vom Reichs-Versicherungsamt das Erfrieren eines Fusses bei einem Pferdejungen, welcher bei strenger Winterkälte im Auftrage eines landwirthschaftlichen Unternehmers längere Zeit auf derselben Stelle hatte stehen müssen, um einen Jagdhund zu halten, als Betriebsunfall anerkannt; nicht aber eine Lungenentzündung, welche sich ein Rohrleger dadurch zugezogen hatte, dass er mehrere Tage bei seiner Arbeit mit blossen Füssen im Wasser hatte stehen müssen.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit des G. schätze ich für die auf die Karenzzeit folgende Zeit vom 7. März 1896 bis 1. März 1897 auf 100 Prozent, weil G. nicht nur zu jeder Arbeitsleistung ausser Stande war, sondern die bis dahin vorhandene Fistel zur Vermeidung eines Rückfalls der eiterigen Gelenkentzündung auch noch ein besonders schonendes Verhalten erforderlich machte. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit vom 2. März 1897 bis auf Weiteres schätze ich auf durchschnittlich $66^2/_3$ Prozent, da mir bekannt ist, dass G. in seiner kleinen Wirthschaft selbst mitarbeiten muss."

Nach diesen Beweiserhebungen hat das Schiedsgericht für festgestellt angenommen, dass ein Betriebsunfall vorliegt. Die Höhe der Rente ist dem Gutachten des Dr. Bierfreund gemäss festgesetzt. Nur für die Zeit vom 1. März 1897 ab hat das Schiedsgericht sich dem Vorschlage des ärztlichen Sachverständigen nicht ganz anschliessen können, indem es hier eine Rente von 50 Prozent als ausreichende Entschädigung ansieht und feststellt.

Der Sektions-Vorstand stellte nach dieser Entscheidung an den Vorstand der Berufsgenossenschaft das Ersuchen, Rekurs gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts vom 31. Mai cr. einlegen zu wollen, da die Thätigkeit des G., bei der er sich die Erkrankung zugezogen hat, als eine Rettungsarbeit bei Sturmesgefahr anzusehen sei, die nicht in den Rahmen des landwirthschaftlichen Betriebes falle und sich ausserdem die Erkrankung des G. nicht als ein Unfall darstelle.

Hierauf erwiderte jedoch der Vorstand der Berufsgenossenschaft:

Von der Einlegung des Rekurses in der Unfallsache des Besitzers F. G. aus P. ist diesseits abgesehen worden, weil derselbe aussichtslos erscheint.

Die Befestigung des durch heftigen Sturm aufgerissenen Strohdaches, bei welcher G. sich die Erkältung zugezogen hat, gehört zweifellos zu einer landwirthschaftlichen Betriebsarbeit und zwar schon deshalb, weil das Gebäude, an welchem die Arbeit ausgeführt wurde, ausschliesslich landwirthschaftlichen Zwecken diente.

Desgleichen stellt sich die Erkrankung des G. nach der ständigen Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts als ein Unfall dar, weil die Ursache derselben, nämlich die Erkältung, durch heftigen Luftzug bei der vorher bezeichneten Arbeit noch als ausreichend zeitlich begrenzbar anerkannt werden muss (zu vergl. Anm. 34 zu § 1 des Gesetzes vom 6. Juli 1884 im Handbuch der Unf.-Vers., II. Aufl., S. 30).

Nachdem am 5. Januar und 27. September 1898 bei Nachuntersuchungen keine Besserung gefunden worden war, stellte am 23. Oktober 1899 Dr. C. eine solche fest, da das Kniegelenk des rechten Beines etwas freier beweglich geworden sei, indem es von 150° bis 110° gebeugt werden könne. Auch die Muskelentwicklung sei ein wenig besser geworden.

Die Rente wurde auf 40 Prozent herabgesetzt. Die Berufung vom 19. November 1899 wurde am 29. Dezember 1899 vom Schiedsgericht verworfen. Dagegen hatte der Rekurs Erfolg.

In der Urtheilsbegründung heisst es: Unzweifelhaft ist nach dem Gutachten des Dr. C. in J. vom 23. Oktober 1899 in den Unfallfolgen eine Veränderung zum Besseren eingetreten, da das rechte Kniegelenk, welches zur Zeit der früheren Rentenfestsetzung nur bis zu einem Winkel von 150° gebeugt werden konnte, jetzt bis 110° beugbar ist. Die objektive Richtigkeit dieser Feststellung wird auch vom Reichs-Versicherungsamt nicht in Zweifel gezogen. Darin kann aber eine wesentliche Besserung im Sinne des § 70 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes um deswillen nicht gefunden werden, weil nicht nur immer noch eine recht erhebliche Bewegungsbeschränkung in dem rechten Kniegelenk besteht, sondern vor Allem das rechte Hüftgelenk noch immer vollkommen steif ist. Für die Steigerung der Erwerbsfähigkeit des Klägers bedeutet also die festgestellte objektive Besserung nur wenig und es ist nicht anzunehmen, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers schon jetzt mehr als die Hälfte beträgt. Eine Herabsetzung der diesem Grade von Erwerbsunfähigkeit entsprechenden bisherigen Rente war daher zur Zeit noch nicht gerechtfertigt. Deshalb musste die Beklagte unter Aufhebung der Entscheidungen der Vorinstanzen verurtheilt werden, dem Kläger die frühere Rente im Jahresbetrage von 150 Mark auch über den 1. November 1899 hinaus weiter zu gewähren.

3. August 1900, Gutachten des Dr. C.: In dem Zustande des G. ist bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. Dezember 1895 eine weitere Besserung seit der letzten Begutachtung vom 23. Oktober 1899 nicht festgestellt worden.

Ein Todesfall in Folge Vergiftung mit Essigessenz.

Von

Dr. **Brandt**-Lüchow,

Kreisarzt.

Im Anschluss an die Ausführungen von Schaeffer-Bingen und Curschmann-Oberkaufungen über Vergiftungen mit Essigessenz in No. 11 und 12 dieser Zeitung möchte die Mittheilung eines weiteren Todesfalles aus gleicher Ursache von Nutzen sein, um die Nothwendigkeit einer baldigen anderweiten Regelung des Ladenverkehrs mit Essigessenz darzuthun.

Am Spätnachmittage des 16. November 1901 brachte ein Hofbesitzer unter anderen in der Stadt eingekauften Bedarfsgegenständen eine halbe Weinflasche Essigessenz zur Bereitung von Speiseessig mit nach Hause und stellte sie auf den Tisch. Der mit seinem Enkel in die Stube tretende Grossvater verwechselte diese Flasche mit einer ähnlich aussehenden Schnapsflasche und reichte, wie er gelegentlich zu thun pflegte, seinem dreieinhalbjährigen Enkel die Flasche, einen „Schluck“ zu trinken. Sofort nach dem Trinken schrie das Kind laut auf, erbrach und hustete heftig. Seitens der Anwesenden wurde zugegeben, dass das Kind in Folge des Zusammenschreckens einen tiefen Athmenzug gemacht haben könne. Nach einiger Zeit liess das Erbrechen nach, Husten und besonders grosse Kurzathmigkeit dauerten fort; die Stimme wurde heiser. In der Nacht vermochte das Kind noch Flüssigkeiten, selbst ein Stück Brot und Apfel zu schlucken; es wahr sehr unruhig, warf sich hin und her. Es bestand hohes Fieber. Den nächsten Morgen machte das Kind schon einen schwerkranken, somnolenten Eindruck und zeigte eine auffallende Blässe des Gesichtes. Der um 2 Uhr Nachmittags hinzugerufene Arzt hielt den Zustand für hoffnungslos, er sah eine grauweissliche Verfärbung der Schleimhaut der hinteren Rachenhöhle. Druck auf den Magen schmerzte nicht. In der folgenden Nacht starb das Kind, etwa 36 Stunden nach der Vergiftung.

Die am 20. November vorgenommene Leichenöffnung war in mancher Richtung bemerkenswerth. Die Lippen, der vordere

und mittlere Theil der Zunge, die Schleimhaut der Kiefer, der Wangen und des Gaumens waren unversehrt, dagegen zeigten die Zungenwurzel, der Kehldeckel, die Taschen seitlich des Kehldeckels, die Ränder des Kehlkopfeinganges, ferner die Speiseröhre in einer Tiefe von 12 Zentimetern einen schmutzig graubraunen, flockigen Belag, welcher von der Schleimhaut an vielen Stellen schwer oder gar nicht zu lösen war. Der Aetzschorf der Speiseröhre nahm von oben nach unten allmählich an Stärke ab, so dass die Schleimhaut 2 Zentimeter oberhalb des Mageneinganges das gewöhnliche Aussehen hatte. Im Magen fehlte jedes Zeichen einer Aetzwirkung. Der Mageninhalt reagirte deutlich alkalisch und roch nur faulig. Die Luftröhre und ihre Verzweigungen zeigten eine Schleimhaut von gleichmässig brauner Farbe und einen dünnen schleimigen Ueberzug. Eine Gefässfüllung war nur undeutlich zu erkennen. Als unmittelbare Todesursache fanden sich in den Lungen grosse bronchopneumonische Herde im ganzen linken Unterlappen, ferner im ganzen rechten Unter- und Oberlappen.

Nach dem Befunde muss angenommen werden, dass der Essigsprit im Strahl aus der Flasche hervorstürzte und den hinteren Rachenraum berührte. Der bereits durch einen reflektorischen Schluckakt in die Speiseröhre hinabgleitende Essigsprit wurde noch rechtzeitig, bevor er in den Magen gelangte, durch eine Würgbewegung, wahrscheinlich aus vollem Magen nach oben zurückbefördert. Gleichzeitig muss aber das Kind im Aufschrecken einen tiefen Athemzug gemacht und Theile der Essigessenz in das Lungengewebe aspirirt haben.

Die Essigessenz enthielt 80 Prozent Essigsäure und ist hierorts in jeder Materialwaarenhandlung ohne Weiteres käuflich zu haben.

Referate.

Sammelbericht.

Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose im Jahre 1901.

Von Dr. Curschmann, Heilstätte Oberkaufungen.

II.

Bei der Diagnose geht das Bestreben der Autoren allgemein dahin, dieselbe in immer früherem Stadium zu ermöglichen. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose betonen wiederum besonders Anders, Courtois-Suffit Levi-Sirugue und Holmes. Tedeschi fand häufig eine Milzschwellung, Squire Hypertrophie der Tonsillen im frühesten Stadium. Villa macht darauf aufmerksam, dass bei Kindern sehr leicht ein Lungenspitzen-Phänomen vorgetäuscht werden kann in liegender Stellung, das beim Aufrichten verschwindet. Pick konnte konstatiren, dass Netzhautveränderungen, die bei chronischen Anämieen und Krebskachexie in 60 Prozent vorkommen, bei Tuberkulose sehr selten sind. — Die Heranziehung der Röntgen-Durchleuchtung findet verschiedene Beurtheilung. Während Hildebrand der Ansicht ist, dass das Röntgenbild bei Spitzenaffektionen nicht mehr leistet als die übrigen Untersuchungsmethoden, glauben Walsham Beale und Squire noch Herde damit entdecken zu können, die sonst der Diagnose entgehen. Auch Bonnet und Epinay-Capo konnten auf dem Schirm ein Zurückbleiben der kranken Lunge beim Athmen beobachten. Walsham will sogar an der Dichte des Schattens sehen, ob bei Pleuritis das Exsudat ein seröses oder eitriges ist. — Nach Dieulafoy und Litten soll sich der pleuritische Erguss als tuberkulöser diagnostiziren lassen, wenn darin vorwiegend Lymphocyten oder rothe Blutkörperchen vorhanden sind. Die Frage der interkostalen Phonationserscheinungen besprechen Kéthy und Weisz. — Kissel unterzieht die tuberkulöse Peritonitis im kindlichen Alter einer eingehenden Betrachtung.

Die Erkennung des Charakters einer Meningitis ist vielfach aus der Lumbalpunktion versucht worden, von Hellendall experimentell durch Thierversuch, von Breuer durch Tuberkelbazillen-Nachweis, von Bendix, Tarruella aus der Zellkonfiguration, von Widal, Sicard und Monod durch Nachweis von Jodkali im Liquor cerebrospin., was nur bei Tuberkulose, sonst nicht möglich ist. Friedjung will die Anwendung der Lumbalpunktion verringert sehen, da sie ein sehr schmerzhafter Eingriff ist und nur in den letzten Lebenstagen ein positives Resultat ergiebt. — Zappert macht auf verschiedene atypische Symptome bei Meningitis aufmerksam.

Bei Erkrankung des Harnapparates wird allgemein der Cystoskopie ein hervorragender Werth beigemessen (Stockel, Mirabeau, Hagen-Thorn, Asch, Barlow).

Auf den Werth und die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der Gelenk- und Wirbeltuberkulose weisen Willard und Brennsohn hin.

Als ein ganz besonders gutes Mittel zur Diagnose wird allmählich immer mehr das Tuberkulin anerkannt. Auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress wurde konstatirt, dass das Tuberkulin für Viehtuberkulose fast untrüglich sei. Für den Menschen wird von Squire Vorsicht empfohlen, da es die Herde erweiche. Von Otis wird behauptet, dass auch Syphilis darauf reagire. Von allen Anderen wird es als ein sehr werthvolles Mittel für die Diagnose gepriesen (Dombrowsky, Rabinowitsch, Heron, Koch, Oster, B. Fränkel, Williams, McCall Andersen, France, Moeller, Sessions, v. Koranyí, Petruschky). Weniger übereinstimmend zeigen sich die Resultate bezüglich der Arloing-Courmont'schen Serumreaktion. Während nur Koch, Courmont, Bendix, Romberg derselben einen diagnostischen Werth zusprechen, glauben C. Fränkel, Donath, Grazia, Ficker, Beck und Rabinowitsch, sowie Moeller denselben bezweifeln zu müssen.

Bei Kindern ist die Tuberkulose weit stärker verbreitet, als man wegen der Schwierigkeit der Diagnose im Allgemeinen annimmt (Raczynski), auch als Komplikation von Skoliose soll sie ziemlich häufig vorkommen, trotzdem sie hier nach Rokitansky überhaupt nicht vorkommen soll (Mosse). Im Uebrigen liegt über die einzelnen Erscheinungsformen der Tuberkulose ein äusserst reiches kasuistisches Material vor, dessen erschöpfende Darstellung zu weit führen würde, ich beschränke mich daher nur auf das Wichtigere. Ueber die uns zunächst interessirende Lungentuberkulose selbst ist weniger erschienen als über einzelne Begleitumstände, wie Fieber und seine Ermittelung (Ott, Zitter, Bluhm, Lawson), über den Stoffwechsel (Meyer, Robin, Auclair, Ott), sowie über Komplikationen von Lungentuberkulose mit andern Krankheiten, mit Diabetes (Older), mit Leukämie (Jünger, Elsner), mit Carcinom (Collick, Kundrat), mit Nervenstörungen (Carriere, Fontana), mit Purpura haemorrhagica (Cohn). Als seltnere, primäre Lokalisation wurde mehrmals die Parotis erwähnt (Lecène, Mintz), sowie die unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus auftretende multiple Gelenktuberkulose (Besançon, Poncet, Mailland), über Tuberkulose der Pons (Ewald), Schläfenbein und Dura mater (Wolff), der Fascien (Stewart), wird berichtet, sogar in Ohrpolypen sind Tuberkel gefunden worden (Baer). Ueber die Stellung der sog. Tuberkuliden gehen die Ansichten noch immer sehr auseinander, ob sie als echte Tuberkulosen oder als Tuberkulo-Toxikosen auf-

zufassen sind oder mit der Tuberkulose selbst in gar keinem Zusammenhang stehen (Juliusberg, Riehl, Burmeister, Lassar, Klebs). — Dass die mit Lungentuberkulose so häufig vergesellschaftete exsudative Pleuritis nicht als Exsudat, sondern als Transsudat aufzufassen ist, wurde von Litten hervorgehoben. Nach Bakterien sucht man im tub. Erguss meist vergebens (A. Wolff), dagegen kann man öfters Fluktuation nachweisen (v. Stenitzer) und manchmal ein Pulsiren beobachten (Innocenti, Auerbach); die Erkrankung mehrerer seröser Häute, die Polyserositis, ist nicht gerade selten (Betti). — Die Konfiguration des Thorax in verschiedenen Stadien der Erkrankung hat Gabrilowitsch untersucht. — Die seltene Tuberkulose der Nase verläuft sehr langsam, häufig rezidivirend (May). — Bei der Tuberkulose des Kehlkopfes ist ausser einigen Einzelfällen (Lehr-v. Schrötter, Trautmann), nur zu bemerken, dass von Gidionsen und Avellis Blutungen aus Varicen der Trachea auf nicht tuberkulöser Grundlage beschrieben werden, ebenso von Botey eine Blutung aus dem Nasenrachenraum. — Zielinsky hat gefunden, dass bei Tuberkulösen alle möglichen Körperanomalien vorkommen, die zum Theil schon klinisch nachweisbar sind, zum Theil allerdings erst an der Leiche entdeckt werden; was aber ein solch nachträglicher Befund noch für einen Werth hat, ist mir unerfindlich.

Das Sputum bei Tuberkulose ist viel toxinreicher als andere eitrige Sputa (Santini). — Das Auge ist nicht selten Sitz der Tuberkulose. Ueber die sonderbare Form der gutartigen Iristuberkulose und Entstehung der Iristuberkulose durch Fremdkörper berichten Greeff und Stock. Das Vorkommen von Chorioidtuberkeln kann in manchen Fällen zur Stützung der Diagnose beitragen; sogar bei latenter Tuberkulose wurden sie verschiedentlich gefunden, in fast 10 Prozent aber bei Affektionen der Gelenke, Knochen, Haut u. s. w., und in der Hälfte aller Fälle von Miliartuberkulose und tuberkulöser Meningitis (Carpenter und Stephenson).

Als Ursache für die tub. Meningitis fand Schlagenhaufer in mehreren Fällen vereiterte Lymphdrüsen. Schaeche glaubt nicht, dass eine tuberkulöse Meningitis zur Heilung kommen könne, es sei in diesem Falle immer eine seröse gewesen. Die sonderbaren Beziehungen zwischen Meningitis und Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane ist von Simonds und Moeller wieder bestätigt worden, in der Hälfte aller Fälle von Meningitis bei erwachsenen Männern bestand Tuberkulose der Geschlechtsorgane. Die Tuberkulose des Urogenitalsystems hat überhaupt eine reiche Beachtung erfahren und zwar bei Männern sowohl bezüglich der Ausdehnung (Stein) und Lokalisation in Form von Solitär-Tuberkeln (Sabrazès und Muratel, Halàsz), als auch der Entstehungsart (Ehrmann).

Experimentell konnte Baumgarten von den männlichen Genitalorganen aus nie Tuberkulose gegen den Strom zu Stande bringen; de Vecchi erzeugte bei Kaninchen Tuberkulose der Nebennieren und der Befund soll dem bei dem menschlichen Morb. Addissonii ziemlich nahe kommen. — Auch bezügl. der Tuberkulose der weiblichen Genitalien ist von vielen Seiten konstatirt worden, dass sie ausserordentlich häufig ist und zwar meist sekundär (Still, Targett, Beyea), selten primär (Hauschka). Schroeder und Polano lassen diese Frage offen, während M. Gorovitz, die sich über die ganze Frage der weiblichen Genital-Tuberkulose sehr eingehend verbreitet, sowohl descendirende wie ascendirende Enstehungsart annehmen zu müssen glaubt, nur sei erstere häufiger; dieselbe konstatirte auch experimentell das Vorkommen von Infektion durch den Koitus. — Natürlich ist auch wieder der Lungenblutung als vicariirender Menstruation gedacht (Bünting), ob mit Recht oder Unrecht, möchte ich dahin gestellt sein lassen. — Ueber die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Tuberkulose haben Mircoli sowie Charrin et Moussu Versuche angestellt, ersterer mit Tuberkulin, letztere mit Bronchialschleim. Auch Blutdruck und Puls verändern sich während der Tuberkulose (John, Burkhardt). Der früher behauptete Antagonismus zwischen Herzfehler und Tub. ist auch heute noch strittig, kann aber wohl kaum mehr aufrecht erhalten werden (Daulos und Barth, Faisans, Jakob und Pannwitz). Dass auch Tuberkulose des Herzbeutels und -muskels nicht so selten ist wie früher angenommen, wird wiederholt bestätigt (Weels, Imerwol, Eisenmenger, Crawford). — Die leichte Verletzbarkeit der Lungenspitze, die Collack und Pritchard diskutirten, wird von Blöte auf zu geringe Blutfüllung der Lungenspitzen bezogen. — Bei Einengung des Stromgebietes in der Lunge durch Tuberkulose kann natürlich eine Fettembolie bei Leberruptur sehr leicht zu Stande kommen Engelmann).

Die so häufig von den Genitalien ausgehende Bauchfelltuberkulose (Oehler) kann unter Umständen auch tumorenartige Verdickungen verursachen (Kraske); recht häufig führt die Tuberkulose des Darmes zu Stenose (Urban, Soerensen, Schaefer). — Als Komplikation der Lungentuberkulose kann das in seltenen Fällen durch Husten entstehende Emphysem des Unterhautbindegewebes gelten, dessen Prognose im Allgemeinen günstig ist (Curschmann-Leipzig).

Bei der Tuberkulose überhaupt ist die Prognose noch immer eins der unsichersten Gebiete und demgemäss finden sich auch hierüber nur spärliche Mittheilungen. Dass die auch neuerdings noch von Meissen und Schroeder (Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose) wieder bestrittene Mischinfektion die Prognose wesentlich verschlechtert, ist mehrfach bestätigt worden (Klebs, Orth, Sata, Spengler). Ueber den unheilvollen Einfluss von Schwangerschaft und Geburt auf Lungentuberkulose hat Kaminer (im Verein für innere Medizin in Berlin) statistische Daten gebracht, die fast einstimmig anerkannt wurden (Strassmann, v. Leyden, A. Fränkel, Jacob), ebenso wie die Mittel zur Besserung der Prognose, die einerseits in der Unterbrechung der Schwangerschaft in möglichst frühem Stadium, andererseits in der Verhütung der Schwangerschaft überhaupt bestehen. Auch auf Kehlkopftuberkulose ist der Einfluss der Schwangerschaft ein äusserst verderblicher (Kuttner). — Einen sicheren Anhaltspunkt bietet nach Thompson Campbell nur die Pulsfrequenz, deren Verminderung eine gute Prognose bedeuten soll. — Alle anderen Prüfungen, der Gehalt des Sputums an eosinophilen Zellen nach Teichmann (Stadelmann, Cohn, Memmi), die Diazoreaktion des Urins haben sich nicht bewährt. (Stadelmann, Burghardt, Michaelis, Jansco, Bolli, Blad und Videbeck.) Die Letztere lässt allerdings bei ihrem Auftreten eine schlechte Prognose stellen, aber gewöhnlich erst dann, wenn dieselbe auch schon anderweitig erkennbar ist, und aus dem Gehalt des Sputums an eosinophilen Zellen lässt sich gar kein Schluss ziehen.

Chirurgie.

Zur Kenntniss der Lungen- und Wirbelsäulenaktinomykose.

Von Stabsarzt Priv.-Doz. Dr. Martens.

(Aus d. chir. Univ.-Klinik der Kgl. Charité zu Berlin. Geh. Rath Prof. Dr. König.)
(Archiv für klinische Chirurgie, Band 66.)

M. giebt die Krankengeschichte eines an der med. und chir. Klinik der Charité zur Beobachtung gekommenen Falles von Lungen- und Wirbelsäulenaktinomykose. Die Krankheit des 32jährigen Mädchens bot vollkommen das Bild einer

Lungenphthise, welche auf die Wirbelsäule übergriff. Die richtige Diagnose konnte nach $^1/_2$ jährigem Aufenthalt im Krankenhause gestellt werden, als Aktinomyceskörner mit dem Auswurf entleert wurden. Der Exitus trat trotz energischer Jodkalibehandlung nach 12 Monaten ein. Verf. macht mit Recht auf die Wichtigkeit einer genaueren einfachen makroskopischen Untersuchung des Sputums aufmerksam.

Niehues-Berlin.

Ueber Rückenmarkschirurgie.

Von Professor Dr. Eugen Hahn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 63, Heft 5 und 6.)

(Aus der chirurgischen Station des Krankenhauses Friedrichshain.)

Verfasser bespricht an der Hand von vier durch Laminektomie behandelten Fällen von Wirbelsäulenbrüchen (drei starben, einer wurde gebessert entlassen), von acht Präparaten von Frakturen und Luxationen und von vier Stich- bezw. Schussverletzungen der Wirbelsäule, unter denen eine Krankengeschichte ausführlich mitgetheilt wird, die operative Behandlung der Rückenmarksverletzungen. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu ungefähr folgenden Schlüssen:

Bei Kompression des Rückenmarks durch Bogenfrakturen kann die Operation nicht früh genug vorgenommen werden. Sollte die Inzision die Diagnose nicht bestätigen, so ist von einem weiteren Eingriff abzusehen.

Bei Kompressionsfrakturen mit Luxationen und sicherer Durchquetschung des Rückenmarks ist jede Operation zwecklos.

Bei Verdacht auf Kontusion mit Blutung ohne Bruch darf nicht zur Operation geschritten werden.

Bei Lähmung durch Kompressionsfrakturen mit Verengerung des Kanales muss durch Laminektomie der Versuch gemacht werden, das Rückenmark von dem Drucke zu befreien. Gelingt dies nicht, so hat die viel angreifendere Operation der Entfernung der vorspringenden Kante des Wirbelkörpers stattzufinden.

Hat man bei Brüchen des Wirbelkörpers auf Grund genauester Beobachtung des Kranken die Ueberzeugung gewonnen, dass ohne Operation keine Besserung eintreten kann, so soll man sich zur Vornahme einer solchen entschliessen. —

H. berichtet dann über sechs Fälle, welche unter den Erscheinungen einer fortschreitenden Rückenmarks-Kompression zur Beobachtung und Operation kamen. Es handelte sich um zwei Fälle von Echinokokkenentwicklung des Wirbelkanals und der Wirbelkörper und um je einen Fall von Exostose des Wirbels, Syringomyelie mit Gliombildung, Erweichung des Rückenmarks und Struma carcinomatosa, welche auf die Wirbelsäule übergriff; in letzterem Falle wurde nur die Strumektomie vorgenommen. Vier Kranke starben, zwei wurden geheilt. Die Stellung der Diagnose machte weniger in Bezug auf die befallenen Segmente des Rückenmarks als auf die Art der Erkrankung grosse Schwierigkeiten.

Niehues-Berlin.

Eine Feilenzwinge über den Penis geschoben.

Originalmittheilung von San.-Rath Dr. Karl Sudhoff-Hochdahl.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 7.)

Ein 50jähriger Mann hatte einen glatten, 1,5 mm starken, eisernen Ring von 20 mm Breite und derselben lichten Weite über den Penis bis zu dessen Wurzel geschoben. Starkes Oedem machte die Durchfeilung des Ringes durch einen Fachmann nothwendig. Der Penis war „schon kalt, grünlich gefärbt und dem Absterben nahe". Nach Durchfeilung war das Aufbiegen noch recht schwer. Nach Aussage des Pat. war am nächsten Tage „schon Alles wieder in Ordnung".

Seelhorst.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der peritonealen Adhäsionen nach Laparotomieen.

Von Privatdozent Dr. Vogel.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 63, Heft 3 und 4.)

Aus dem St. Johannes-Hospital (Chir. Abth.: Chefarzt Geheimrath Prof. Dr. Schede) zu Bonn.

Der Vermeidung von peritonealen Adhäsionen, wie sie sich zuweilen im Anschluss an Bauchoperationen ausbilden und die unangenehmsten Folgeerscheinungen von leichten, vorübergehenden Unpässlichkeiten bis zum vollendeten Ileus hervorrufen können, hat sich von jeher das Interesse der Chirurgen und Gynäkologen zugewandt. Verf. theilt zu Beginn seiner sorgfältigen, die ganze Frage umfassenden Arbeit zunächst vier unglücklich verlaufene Fälle dieser Art mit, von denen besonders der erste für uns interessant ist.

Der Patient hatte in der rechten Bauchseite einen mässigen Stoss erhalten; ganz allmählich entwickelten sich periodisch auftretende Schmerzen; die Anfälle nahmen an Heftigkeit und Zahl zu, so dass wegen völlig behinderter Kothpassage die Laparotomie nothwendig wurde. Bei der Operation fanden sich lediglich strang- und flächenhafte Verwachsungen der Darmschlingen, welche gelöst und, so weit angängig, übernäht wurden. Einen Monat nach der Operation bestand wiederum kompleter Ileus; bei der abermaligen Laparotomie wurden dieselben Verwachsungen vorgefunden, namentlich auch mit der Bauchwunde. Es erfolgte reichlicher Stuhl und das fäkulente Erbrechen hört auf. Nach zwei Tagen wird der Leib wieder dicker, das Erbrechen kehrt zurück. Wegen der Schwäche des Kranken kann nur ein Anus praeternaturalis angelegt werden, der Kranke erliegt jedoch am folgenden Tage einem Herzkollaps. — Bei der Autopsie fanden sich wieder Adhäsionen; Peritonitis fehlte vollständig.

Bei dem Kranken war im Anschluss an das erlittene Trauma eine leichte intraabdominelle Blutung erfolgt, welche sich organisirte und zur Verwachsung der aneinanderliegenden Peritonealblätter führte. Verf. glaubt wenigstens, der Blutung die Schuld an dem Zustandekommen der Verwachsungen geben zu müssen; die Einwirkung von Bakterien lässt er ganz aus dem Spiele.

Thierexperimente, welche Verf. in der Absicht unternahm, die Rolle, die eine Blutung bei der Bildung von Adhäsionen spielt, kennen zu lernen, führten zu dem Ergebniss, dass Blut, welches von aussen her in die vollkommen intakte Bauchhöhle hineinkommt, ohne jeden Schaden resorbirt wird. Erfolgt dagegen die Blutung aus einer intraperitonealen Verletzung, so gerinnt das Blut an der verletzten Stelle und ist dann die Ursache zu weit ausgedehnteren Verwachsungen, als die Verletzung allein gemacht haben würde. Nach mechanischen und chemischen Reizungen, Aetzung des Bauchfells, Versenken von Fremdkörpern in die Bauchhöhle, besonders aber nach Infizirung des Peritoneums traten regelmässig reichliche Verklebungen der Blätter unter einander auf.

In einem zweiten Theil seiner Arbeit berichtet Verf. über die Massnahmen, welche wir zur Therapie der peritonischen Adhäsionen zu treffen haben. Verf. kommt auf Grund von Versuchen, welche er an Kaninchen vornahm, zu dem Resultate, dass die Verklebungen dadurch hintangehalten werden können, dass man einen dauernden Wechsel der Lage der Intestina zu einander so lange unterhält, bis eine Wiederbekleidung der geschädigten Serosaflächen mit Endothel erfolgt und dadurch den Eingeweiden der natürliche Schutz gegen Verwachsungen wiedergegeben ist.

Dieser Lagewechsel lässt sich durch die Förderung der aktiven und passiven Beweglichkeit erreichen. Zur Anregung der aktiven Peristaltik hat sich die subkutane In-

jektion von Physostigminum salicylicum, zur Förderung der passiven Bewegung und zur gleichzeitigen räumlichen Trennung der auf einander liegenden Flächen eine intraperitoneale Applikation von steriler, recht dickflüssiger Lösung von Gummiarabicum in physiologischer Kochsalzlösung am besten bewährt.

Niehues-Berlin.

Gynäkologie.

Ein Fall von Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgange.

Von Dr. Fritz Sengler, Assistenzart.

Aus dem Wöchnerinnen-Asyl des Ludwig-Wilhelm-Krankenhauses Karlsruhe.

(Münch. Med. Woch. 1902, No. 5.)

Verf. sah sich durch Blutung drei Stunden nach einer spontan verlaufenen Geburt genöthigt, die Plazenta manuell zu lösen, da verschiedene, ohne und mit Narkose vorgenommene Versuche, durch Crédéschen Handgriff dieselbe zu Tage zu fördern, misslungen waren. Eine Uterusspülung mit 40° heisser, einprozentiger Lysollösung, zwei Ergotinspritzen, und subkutane Kochsalzinfusion folgte. Noch während dieser: flatternder Puls, Jaktationen Dyspnoe, mässige Blutung aus dem Uterus. Daher Tamponade desselben und der Scheide mit Jodoformgaze. Trotz Anwendung reichlicher Reizmittel erfolgte der Tod $^1/_2$ Stunde nach der Plazentalösung. Die Sektion ergab Luftembolie, eine Diagnose, die schon eine Viertelstunde nach dem Tode gestellt war, da sich an Stelle der Herzdämpfung tympanitischer Klopfschall vorfand.

Da Verfasser der Ansicht ist, dass der Eintritt von Luft in die Venen des Uterus am wahrscheinlichsten bei Einführung der Hand und Lösung der Plazenta in horizontaler Rückenlage der Patientin erfolgt sein kann, schlägt er vor, alle geburtshilflichen Operationen in Steissrückenlage mit etwas erhöhtem Oberkörper vorzunehmen und bei kombinirten Wendungen und manueller Plazentalösung unter fortgesetzter Irrigation der Scheide resp. des Uterus mit physiologischer Kochsalzlösung zu arbeiten, deren Eindringen in die Venen nicht nur nicht schaden, sondern sogar bei Blutverlust nützen könnte.

Seelhorst.

Kann man eine Nebenplazenta von einem Plazentarrest unterscheiden?

Von Heinrich Fritsch.

(Vierteljahrschrift f. ger. Med. Band XXII, Heft 2.)

Wenn es bei Verblutung nach der Entbindung in Folge Rückbleibens eines Mutterkuchenrestes fraglich ist, ob den Leiter oder die Leiterin der Geburt eine Schuld trifft, hat der ärztliche Sachverständige oft mit grossen Schwierigkeiten der Beurtheilung zu kämpfen.

Zunächst ist die Frage zu beantworten: kann auch dann ein Stück Mutterkuchen zurückbleiben, wenn zweifellos jeder innere Eingriff unterblieben ist? Fritsch antwortet: ja. Es giebt Plazenten, bei denen einzelne Theile mit der Hauptmasse nur durch leicht zerreissliche Brücken zusammenhängen, sodass sie beim Herausdrücken mittels Crede'schen Handgriffs bezw. beim nachherigen Entfernen des vor die Scheide ragenden Mutterkuchens abreissen und zurückbleiben. Das Fehlen eines Stückes Plazenta ist also kein Beweis für eine Lösung derselben durch inneren, unzulässigen Eingriff der Hebamme.

Dagegen ist die Hebamme verpflichtet zu erkennen, ob der Mutterkuchen vollständig ist oder nicht. Sie muss daraufhin untersuchen und im Zweifelsfalle einen Arzt zuziehen.

Wird nun behauptet, das bei Verblutung nachträglich in der Gebärmutter gefundene Stück sei eine Nebenplazenta (Pl. succenturiata), so muss der Sachverständige diesen seltenen Fall als möglich gelten lassen, wenn das Stück nicht aufbewahrt worden und daher die Sachlage nicht objektiv zu prüfen ist. Liegt das Stück dem Gutachter vor, so kann er mit Sicherheit die Entscheidung treffen: an einer Nebenplazenta haften Eihäute, nie aber an einem zurückgebliebenen ausgerissenen Cotyledo. Die Ränder des letzteren sind unregelmässig, die erstere geht mehr allmählich in die benachbarten verkümmerten Cotyledonen oder die Eihäute über.

Geburtshilfliche tödtliche Fahrlässigkeit eines Arztes.

Von Reg.- und Med.-R. Dr. Borntäger-Danzig.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. XXII, H. 3.)

B. schildert die Zustände betr. Ausübung der Geburtshilfe in seinem Bezirk als ziemlich trostlos. Ihm persönlich sind ungewöhnlich viel Leute in der Gegend bekannt, die ihre blühenden kerngesunden Frauen im Kindbett verloren haben. Er erwähnt kurz zwei Prozesse wegen fahrlässiger Tödtung gegen eine Hebamme und eine Hebammenpfuscherin und berichtet dann genauer über die Verurtheilung eines mehr als 60jährigen Arztes zu einjähriger Gefängnissstrafe.

Der Angeklagte war zu einer Sechstgebärenden mit plattem Becken gerufen worden, bei der drei mal vorher perforirt, einmal ohne ärztliche Hilfe ein lebendes Kind geboren worden war. Der Zustand der Frau war gut. Ueber den Stand der Wehen und das Leben des Kindes wissen weder Arzt noch Hebamme etwas anzugeben. Der Kopf lag beweglich über dem Beckeneingang. Den Grad der Beckenenge stellte der Arzt nicht fest. Seiner Meinung nach kann man das „naturgemäss“ am Lebenden nicht. Er ging erst mit der Zange, dann mit der Kephalotribe ans Werk, dann machte er die Wendung, bekam den Kopf nicht heraus, riss ein Stück Gebärmutter aus, verwandte dann noch Perforatorium und stumpfen Haken, bis, nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden Arbeit, die Frau todt war. Dann schnitt er mit einem Taschenmesser den — übrigens normalen — Kopf vom Rumpfe ab. Die Sektion ergab fürchterliche Zerschneidungen und Zerreissungen an Blase, Gebärmutter, Scheide, Mastdarm und Bauchfell. Die Verletzungen zeigten vitale Reaktion.

Ohrenheilkunde.

Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan.

Von W. Fliess.

(Halle. 1902. Marhold.)

Der Autor, der bekanntlich seine Spezialforschung dem Gebiete des Konnexes zwischen Nase und Geschlechtssphäre gewidmet hat, legt in dieser Arbeit wieder seine Anschauungen über dieses Thema nieder. Er bespricht zunächst die sogenannten Genitalstellen der Nase, die beiden unteren Muscheln und die an beiden Seiten der Nasenscheidewand symmetrisch sitzenden Erhöhungen und deren Zusammenhang mit der Menstruation, insbesondere der nasalen Dysmenorrhoe, bei welcher der menstruelle Schmerz durch Bepinselung der Genitalstellen in der Nase mit Kokain zum temporären und durch Verödung mit Trichloressigsäure oder Elektrolyse zum dauernden Verschwinden gebracht werden kann.

Er schildert dann weiterhin die Ursachen der nasalen Dysmenorrhoe und der anderen genitalen Fernschmerzen, den Zusammenhang zwischen Genitalblutungen und Nase, die Poly- und Amenorrhoe, die Beziehungen zwischen Geburtsvorgang resp. Abortus und Nase, sowie die Natur des echten Wehenschmerzes! Er spricht sich hier dahin aus, dass der Geburtsvorgang nichts Anderes sei als ein menstrueller Prozess (d. h. eine Summation) und der Wehenschmerz sei die dazu gehörige nasale Dysmenorrhoe. Ferner erörtert er noch die

allgemeine Physiologie der nasalen Fernschmerzen, die Anordnung der Leitung von den Rückenmarkssegmenten aus, ihre Vertretung in der Nase, die verschiedenen Empfindungsabgrenzungen, die Aufgabe der Nase bei der Schmerzleitung im Allgemeinen. Einzelne beigegebene Beispiele und Krankenberichte illustriren das Gesagte, das für alle Interessenten von Bedeutung ist. Hg.

Die Ozaena.

Eine Monographie und Studie.

Von W. Groskopff.

(Klin. Vorträge aus dem Gebiet d. Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Haug. — Bd. V. Heft 5. Jena 1902.)

G. giebt in seiner Studie einen vollständigen Ueberblick über das gesammte Symptomenbild der als Ozaena angesprochenen Nasenerkrankung, erörtert sämmtliche Theorieen, die über sie aufgestellt worden sind. Auch die neueste Perez'sche Theorie der Uebertragung durch Hunde findet ihren Platz. Therapeutisch ist Alles erörtert, was bei Ozaena je geschehen ist und zur Zeit zu geschehen pflegt. Eigene Beobachtungen und kritische Sichtung des aus der Literatur Angeführten erhöhen die Brauchbarkeit der Arbeit, die allen Allgemein-Praktikern, welche sich mit der Stinknase therapeutisch befassen müssen, nur warm empfohlen werden kann. Ein beigegebenes, sehr ausführliches Literaturverzeichniss bis in die neueste Zeit wird von Allen, die sich für dies Thema interessieren, dankbar entgegengenommen werden. Hg.

Traitement des sténoses fibreuses du larynx.

Von Collinet.

(Bulletins de la société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie. Mai 1902).

Die hauptsächlichste Behandlungsmethode der fibrösen Verengerung des Kehlkopfes ist jedenfalls die Dilatation, aber sie hat den grossen Nachtheil der ausserordentlich langen Dauer. Kann sich der Patient nicht genügend lange der Dilatation unterziehen, so kann die Spaltung vorgenommen werden, deren Resultate allerdings nicht so brillant sind, als man anfänglich von ihr erhoffte. Auch die galvano- und elektrolytische Behandlung wird in manchen Fällen herangezogen werden können. Hg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 2. bis 5. April 1902.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

(Fortsetzung.)

Honsell-Tübingen spricht über die Tragfähigkeit von Amputationsstümpfen.

Biers osteoplastisches Amputationsverfahren hielt man nach seiner Bekanntgabe eine Zeit lang allein für geeignet, einen tragfähigen Stumpf abzugeben, bis Hirsch zeigte, dass auch gewöhnliche Amputationstümpfe tragfähig werden, wenn man nur früh anfängt, durch Beklopfen und Belastung des Stumpfes denselben tragfähig zu machen. Hirsch hat dann empfohlen, das Periost oberhalb der Amputation quer abzulösen, Bunge ging dann noch einen Schritt weiter und hat dieser Ablösung des Periostes noch die Excochleation des Markes folgen lassen. Seit Juni 1901 hat Honsell elf subperiostale Amputationen vorgenommen. Nach acht Tagen waren die Operationswunden geheilt, nach vierzehn Tagen wurde mit den Bewegungen begonnen und nach vier bis fünf Wochen wurde eine prophylaktische Prothese mit Wasserglas angelegt. Er hat nach Königs Angabe einen grösseren vorderen und einen kleineren hinteren Lappen gebildet, damit nicht die Naht auf den Knochenquerschnitt fällt, er hat wie König die Haut und das Periost auf der Vorderseite der Tibia in Zusammenhang abgelöst und die Fibula 5—6 cm oberhalb der Tibiasägefläche abgetragen. Da das Resultat stets ein gutes war, hat er keine Veranlassung, von diesem Verfahren abzugehen und ist er der Ueberzeugung, dass die Patienten bei frühem Beginn der Bewegung, Massage etc. sowohl auf Biers Hautknochenlappen, wie auch auf Königs Periostlappen laufen können.

Bunge-Königsberg hält seine Methode ohne Periost und ohne Knochenlappen für die einfachste, er lässt seine Kranken 20 Tage zu Bette liegen und dann mit einer einfachen Prothese laufen.

Rehn-Frankfurt a. M. führt über die Behandlung infektiös-eitriger Prozesse im Peritonealraum Folgendes aus:

Jeder Chirurg wird einen eitrigen Abscess am Peritoneum eröffnen, damit derselbe nicht in das Peritoneum durchbricht. Bei Verletzungen des Bauches eröffnen wir, um die Blutung zu stillen und um nachzusehen, ob Verletzungen da sind, welche einen Abscess oder eine Eiterung im Gefolge haben können. Bei Kontusionen des Bauches müssen wir jeden Augenblick bereit sein, die Bauchhöhle zu eröffnen. Bei Geschwüren des Magens oder des Darmes müssen wir diese excidiren, bevor der letzte Schutzwall zur Peritonealhöhle durchbrochen ist. Jeder entzündlich-eitrige Herd im Abdomen muss eröffnet werden, wenn er nicht absolut ungefährlich ist. Nichts ist aber trügerischer, wie ein eitriger Herd im Peritoneum — weder der bakteriologische Befund, noch das Blut geben für die Prognose einen sicheren Anhaltspunkt. Das einzige Heil zur Behandlung der Peritonitis ist die Prophylaxe.

Jeder eitrige Herd, wo er auch liegt, kann eröffnet werden. Die Infektionsgefahr für das Peritoneum ist nach Experimenten lange nicht so gross, wie man früher annahm. Man hat bisher keinen hinreichenden Unterschied zwischen einem eitrigen Prozess in der geschlossenen Leibeshöhle und einem solchen in der eröffneten Peritonealhöhle gemacht. Die mangelhafte Technik war oft die Ursache eines schlechten Erfolges. Der Kranke stirbt oft nicht an der Eröffnung des Bauches, sondern weil nicht weit genug eröffnet, nicht hinreichend drainirt worden ist.

Man darf das Peritoneum allerdings nicht durch Reiben und Ausspülen mit ätzenden Flüssigkeiten schädigen. Drains legt Rehn immer nur in die vordere Bauchwand. Eine Drainage der ganzen Bauchhöhle ist immer nur kurze Zeit möglich, die eines Abscesses kann lange Zeit fortgesetzt werden. Das Glutmannsche Rothgummirohr ist das Beste für die Drainage, weil es weniger reizt wie die Gaze und auch nicht so verwächst. Nach dem Einlegen der Drainröhren müssen wir wieder normale Druckverhältnisse im Bauche schaffen und bis auf die Drainausführungsgänge die ganze Bauchhöhle schliessen. Um eine tiefe Athmung zu erzielen, lagern wir die Kranken mit der Brust hoch.

Von 56 Kranken mit Abscessen im Bauch hat Rehn 55 geheilt und nur einen verloren.

Sprengel-Braunschweig theilt Erfahrungen über Appendicitis und Behandlung der Peritonitis mit.

Es hat sich herausgestellt, dass die Gefahr von Appendicitisoperationen im anfallsfreien Stadium lange nicht so gross ist, wie man annahm; denn Sonnenburg sind von wenig über 100 im anfallsfreien Stadium Operirten 2 % gestorben.

Bei Frühoperationen besteht im Allgemeinen eine Mortalität von 17 %, bei Spätoperationen von 20 %, also verhältnissmässig wenig mehr. Bei der Frühoperation haben aber $^{1}/_{3}$ aller Fälle freie Peritonitis und lassen sich deshalb auch leichter zur Operation bewegen. Bei Spätoperationen haben $^{1}/_{5}$ aller Fälle freie Peritonitis.

Das einzig Richtige ist, die Appendicitis so früh wie möglich zu operiren.

Sonnenburg-Berlin berichtet über Lungenkomplikationen bei Appendicitis. Ein Theil der Lungenentzündungen sind oft nur schwer nachweisbar und entgehen leicht, eine andere Gruppe macht schwere Erscheinungen im Unterlappen und nimmt dann grosse Ausdehnung an. Die Lungenaffektionen nach Laporotomieen beruhen fast immer auf Embolieen. Er ist in dieser Hinsicht zu demselben Resultate gekommen wie Gussenbaur vor einigen Jahren mit seinen Beobachtungen bei eingeklemmten Hernien. Er giebt zu, dass durch Aetherwirkung eine Disposition zur Pneumonie geschaffen wird, aber nicht, dass sie dadurch hervorgerufen wird. Der Abkühlung schreibt er keine ätiologische Wichtigkeit zu.

Hypostatische Pneumonieen sind selten, da ja auch die Narben zu tief unten liegen, um die Athmung wesentlich zu beeinflussen. Die Ursache muss in der Krankheit selbst liegen.

Die Thrombosen bilden sich zum Theil in der unteren Hohlvene, zum Theil in der Pfortader. Die Lungenembolieen kommen nur aus Thrombosen der Vena cava. Aus den Thrombosen der Pfortader entwickeln sich die Embolieen in der Leber.

Bei 5 % aller Operirten hat er Thrombosen oder Embolieen beobachtet.

Es sind aber auch bei den Patienten, welche im freien Intervalle operirt werden, Embolieen möglich: 1. weil da auch oft noch Eiterherde bestehen und 2. weil die Patienten der besseren Stände, wenn sie wissen, dass sie einen kranken Wurmfortsatz haben, so vorsichtig werden, dass sie ein schlaffes Herz bekommen und sich dadurch nach der Operation sehr leicht marantische Thromben bilden. Die Thromben in den Beckenvenen machen so gut wie keine Symptome. Man kann die Entstehung der Thromben und ihre Loslösung bei der Operation vermeiden, wenn man nach nur wenigen Anfällen operirt.

Die Embolieen der Pulmonalarterien machen meist kein Fieber. Man soll kein Digitalis geben, weil man dadurch nur schadet. Der Patient muss mit erhöhtem Oberkörper gelagert werden und erhält gegen die Athemnoth nur Morphium.

Payr-Prag wurde zu einem genaueren Studium der Ursachen der Stieldrehung bei intraperitoneal gelegenen Organen dadurch geführt, dass er eine Ovarialcyste beobachtete, welche von ihrem Mutterboden fast vollständig losgelöst, aber sekundär an dem Netze adhärent geworden war und sich dann zweimal um den Netzstiel gedreht hatte. Seine Versuche führte er nun derart aus, dass er eine hohle Magnesiumkugel an dem Netz befestigte. In Folge der chemischen Zersetzung bilden sich dadurch Gascysten von Wasserstoff in dem Netze. Derartige Kugeln, wie auch solche aus anderen leichten Stoffen, wie Kork etc., zeigen schon nach 24 Stunden den Anfang einer Stieldrehung — nimmt man dagegen schwere Kugeln an langen Stielen, dann ist keine Drehung nachweisbar.

Payr meint, dass die erste Veranlassung in den blutgefüllten Venen liege, welche eine Rankenwindung um das Bindegewebe des Netzes als Stab ausführen.

Ehrhardt. Ueber Leberwunden.

Leberwunden werden dadurch gefährlich, dass es zuweilen unmöglich ist, eine Blutstillung zu erzielen. Dass jede Unterbindung der Pfortader zum Tode führt, ist allgemein bekannt, nicht so sind es die Veränderungen, welche bei Unterbindungen von Pfortaderästen auftreten. Nach Litten sollen dieselben belanglos sein, nach Ehrhardts Untersuchungen trat in allen Fällen eine Schrumpfung des betroffenen Leberlappens auf, in einem Falle sogar Ascites. Die Schädigung des Lebergewebes in dem geschrumpften Lappen wird durch Hyperplasie der anderen Lappen ausgeglichen, so dass keine dauernde Schädigung eintritt.

Nach seinen Erfahrungen kann er nicht zugeben, dass zur Heilung eines Aneurysma der Leberarterie eine Unterbindung derselben ausgeführt werde, weil seine Versuchsthiere nach einer Unterbindung der Arteria hepatica alle an Nekrose der ganzen Leber innerhalb 48 Stunden starben. Auch nach Unterbindung eines Astes der Leberarterie ist der betreffende Lappen stets nekrotisch geworden, es stellte sich eine sekundäre Eiterung oder Schaumleber ein. Stabel.

Bericht über die 65. ordentliche Sitzung des Berliner bahnärztlichen Vereins.

Freitag, den 6. Mai 1902, Abends 8 Uhr, im Spatenbräu, Friedrichsrasse 172.

Anwesend 16 Mitglieder.

Vorsitzender Herr Schwechten, Schriftführer Herr Ramm.

Vor Eintritt in die Tagesordnung übermittelt Herr Schwechten einen Gruss von dem in Nauheim zur Kur weilenden Geh. Sanitätsrath Dr. Brähmer.

Sodann hält Herr Schwechten einen warm empfundenen Nachruf dem verstorbenen Bahnarzt Geh. Rath Wahl in Essen und veranlasst die Anwesenden, sich zu Ehren des Verstorbenen von den Sitzen zu erheben.

I. Geschäftliches.

a) Das Protokoll der 64. Sitzung wird verlesen und angenommen.

b) Herr Schwechten legt ein Rundschreiben der Kgl. Eisenbahn-Direktion Erfurt vor, in welchem die Bahnärzte um Aeusserung darüber ersucht werden, welchen Familienangehörigen der Beamten freie ärztliche Behandlung zu gewähren sei.

Es erhebt sich eine lebhafte Debatte über die Zuständigkeit der Familienangehörigen auf freie ärztliche Behandlung. Die Herren Birnbaum und Friedenheim erwähnen Spezialfälle, in welchen sie einen Reichstagsstenographen und einen Assessor frei behandeln mussten.

Allseitig wird die Schwierigkeit einer präzisen Fassung anerkannt. Der Antrag Herzfeld, eine Kommission für genaue Formulirung des § 1 der Bahnarztverträge zu ernennen, wird abgelehnt. Den Ausführungen der Herren Jung und Schwechten, allen den Familienangehörigen freie ärztliche Behandlung angedeihen zu lassen, die von dem betr. Beamten völlig oder zum grössten Theil unterhalten werden, wird zugestimmt.

c) Herr Schwechten legt das reichhaltige Sitzungs-Programm des Verbandes deutscher Bahnärzte vor. Die Versammlung tagt am 18. und 19. September cr. in München. Der Berliner bahnärztliche Verein ist dazu eingeladen.

Herr Herzfeld schlägt vor, neben den Ausschuss-Mitgliedern auch noch für die Vorstands-Mitglieder des Vereins zwei Freifahrkarten bei der Direktion zu beantragen (event. 2 Mitglieder des Vereins auf Vereinskosten hinzusenden). Der Vorschlag findet die Billigung der Anwesenden.

d) Ferner legt Herr Schwechten einige Druckschriften des Eisenbahn-Direktors de Terra aus Guben gegen den Missbrauch geistiger Getränke vor. Dieselben werden wohlwollend besprochen und soll in de Terras Sinne auf die Eisenbahner eingewirkt werden.

II. Berathung über das Einheits-Formular bei Anstellung von Beamten und Arbeitern im deutschen Eisenbahndienst.

Der Vorstand des Vereins hatte jedem Anwesenden ein gedrucktes Einheits-Formular nebst Vorschriften überreicht.

Das Formular selbst wird gebilligt.

Ueber die „Vorschriften für die Feststellung der körperlichen Tauglichkeit zur Verwendung im Eisenbahndienst" entspinnt sich eine lebhafte Debatte, an welcher sich die Herren Jung, Schwechten, Herzfeld, Birnbaum, Behr, Vanselow, Simon, Friedenhein, Friedemann und Ramm betheiligen.

Nachfolgend werden die Abänderungsvorschläge vermerkt, welche die Delegirten zum allgemeinen Bahnarzttage in München vertreten sollen.

A. Formular:

Zu Seite 1 unten: Die Geschäftsgebühr ist vom Staate zu erheben (Privatpersonen zahlen baar) soll hinzugefügt werden.

Zu Seite 2, Frage 1*: Statt „zu erholen" ist „beizubringen" zu setzen.

Zu Seite 3, 19 (s. § 18 des alten Formulars No. 181). Möglichst hinzuzufügen ist: „Zeigt der Dienstbewerber (namentlich Lokomotivführer) ein entschlossenes, aufmerksames oder zerstreutes Wesen?" (Spezieller Wunsch von Herrn Brähmer.)

B. Vorschriften.

Seite 4 des Formulars soll separat gedruckt den Bahnärzten als sog. „Instruktion" ein für allemal zugesandt werden.

1. Statt „Vorschriften" soll „Anleitung" stehen.

Absatz 1 kann ganz fortfallen; „nur" Bahnärzte für Preussen nicht angängig, da alle Medizinalbeamten das Recht zur Ausstellung haben; statt „gutem Tageslicht" soll „gutem Licht" stehen.

Absatz 2, die Anamnese „selbst"; „selbst" soll gestrichen werden, weil Vertreter event. auch Atteste ausstellen.

. . . später „in der Regel" zum Dienst. „In der Regel" soll ausfallen, weil in Preussen das nicht zutrifft.

Absatz 3 wird genehmigt.

Absatz 4 . . . Tuberkulose, „Krebs" . . . . „Krebs" soll gestrichen werden; weil erbliche Belastung hier wissenschaftlich noch nicht feststeht.

. . . ernährt, so „wird" derselbe . . . . hier soll stehen so „kann" derselbe . . . . „abgelehnt oder zurückgestellt werden".

Absatz 5 . . . wie Psoriasis etc. bedingen Untauglichkeit, hier soll . . . in der Regel . . . eingeschoben werden. „Auch Epilepsie macht untauglich" ist zuzufügen. Ferner soll redaktionell das vielmals vorkommende Wort „bedingt, bedingen" geändert werden.

Sodann: die Untersuchung ist „bei abgewandtem Gesicht" . . . hier soll bei „seitlich" abgewandtem Gesicht gesetzt werden.

Ferner soll statt „Spitze seines kleinen Fingers" „Watte" stehen.

Zum Schluss wird auf Antrag des Herrn Schwechten hier folgender Zusatz gewünscht: „Der Bahnarzt hat sich auch darüber Kenntniss zu verschaffen, ob der zu Untersuchende ein entschlossenes, aufmerksames oder zerstreutes Wesen zeigt."

Absatz 6 wird angenommen, trotzdem wir in Preussen dadurch die Anforderungen an die Sehschärfe für manche Kategorieen erhöhen.

Absatz 7 wird gleichfalls gebilligt.

Schluss der Sitzung 11 Uhr.

Dr. Ramm-Charlottenburg,
Schriftführer.

Bericht über die 3. Generalversammlung des Vereins württembergischer Bahnärzte.

Der Verein württembergischer Bahnärzte hielt seine 3. General-Versammlung am 11. und 12. Juni in Freudenstadt ab. 40 Bahnärzte waren erschienen. Prinzing-Ulm erstattete den Jahres- und Kassenbericht. Die Zahl der Mitglieder beträgt 117. Hofrath Dr. Distler-Stuttgart hielt einen Vortrag über Augenuntersuchungen, der in dieser Zeitschrift erscheinen wird. In der Diskussion betonte Maier-Ochsenhausen die Sicherheit der Prüfung auf Farbenblindheit mittelst des einfachen und doppelten Flors. Beck-Mengen berichtete über die Sitzung des Ausschusses deutscher Bahnärzte am 12. Januar in Berlin. In derselben wurde ein einheitliches Formular zur Untersuchung für die Befähigung zum Bahndienst nebst Instruktion hierzu berathen; es soll dem deutschen Bahnärztetag in München im September d. J. vorgelegt werden. Fischer-Biberach berichtete über die Ausstattung der Bahnstationen und Züge mit Verbandzeug. Im November vorigen wurde der Verein seitens der Kgl. württemb. Generaldirektion ersucht, sich hierüber zu äussern; der Ausschuss machte Vorschläge und sprach sich dahin aus, dass vorerst die Stationen mit Verbandzeug versehen werden sollen, während Verbandkästen in den Zügen erst in zweiter Linie zur Anschaffung kommen sollen. Die Verbandkästen sind Dr. Lindenmeyer-Stuttgart zur Lieferung übertragen. Weigelin-Stuttgart sprach über billiges Verordnen bei den Krankenkassen, wobei er den Hauptwerth darauf legte, dass unnöthige Ausgaben vermieden werden. Sonntag-Lonsee führte in längerer Erwiderung aus, dass die Aerzte namentlich auf dem Lande nicht ohne Arzneien auskommen können, und dass die Arzneitherapie immer noch die billigste sei. Kurrer-Lorch wünscht, dass die Ausstellungen direkt vom Revisionsarzt an die Kassenärzte gemacht werden sollen. Es wird der Antrag Beck-Mengen angenommen: Die bei künftigen Revisionen der Rezepte sich ergebenden Anstände sollen vierteljährlich gesammelt an sämmtliche Kassenärzte hinausgegeben werden und der Verein möge sich dann über die Ausstellungen schlüssig machen. L. Bauer-Stuttgart gab einen Rückblick über die Bestrebungen zur Einführung der freien Arztwahl bei der Eisenbahnbetriebskrankenkasse. Die Frage ist in Stuttgart und Cannstatt sehr akut geworden. In Cannstatt bestand bei der Maschinenwerkstätte bisher freie Arztwahl; dieselbe sollte in der Weise beschränkt werden, dass die Arbeiter unter einer Anzahl von Bahnärzten die freie Wahl haben. Da aber die wirthschaftliche Vereinigung der Cannstatter Aerzte die Annahme einer Kassenarztstelle verbietet und nur freie Arztwahl bei den Kassen für zulässig erklärt, so findet die Kasse keine Aerzte. Ein ähnlicher Konflikt ist in Stuttgart in Aussicht, wo eine Bahnarztstelle neu zu besetzen ist. Bauer spricht sich für Einführung der vollen freien Arztwahl bei der Betriebskasse, auch auf dem Lande, aus. Bei der Generalversammlung der Betriebskasse am 5. Mai dieses Jahres ist die Einführung der freien Arztwahl abgelehnt worden. Der bahnärztliche Verein hat vorerst keinen Anlass, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Als Ort der nächsten Versammlung wurde Friedrichshafen gewählt. Prinzing (Ulm).

Die Jahresversammlung der Bahnärzte für den Direktionsbezirk Elberfeld.

Am 28. Mai cr. fand in Düsseldorf in der städtischen Tonhalle die Jahresversammlung der Bahnärzte für den Direktionsbezirk Elberfeld mit folgender Tagesordnung statt:

1. Ergänzungswahl des Vorstandes (§ 3 Absatz 2 der Satzungen).
2. Rechnungslegung.
3. Unterricht in der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen.
4. Verhaltungsmassregeln bei Pestfällen.
5. Anstellung von homöopathischen Aerzten als Bahn- und Kassenärzte (Referent: der Herr Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Le Blanc in Opladen).
6. Besprechung einer Reklame für Naturheilkunde von Gramsch (Referent: Herr Sanitätsrath Dr. Holzschneider in Cronenberg.
7. Wahl des Ortes für die nächste Jahresversammlung.
8. Geschäftliches.

Der Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Le Blanc-Opladen eröffnete die Versammlung und begrüsste die zahlreich erschienenen Mitglieder, sowie den Vertreter der Kgl. Eisenbahn-Direktion, Herr Regierungsrath Wache, der, wie in den letzten Jahren stets, an den Versammlungen theilnehmen werde, in dem Bestreben, die gemeinsamen Berathungen sowohl für die Königl. Verwaltung, wie für die Bahnärzte nutzbringend zu gestalten. Herr Regierungsrath Wache begrüsste sodann die Versammlung Namens der Königl. Eisenbahndirektion.

Zu I der Tagesordnung: Durch das Loos scheidet aus dem Vorstande aus Herr Sanitätsrath Dr. von Guérard-Elberfeld. Derselbe wird auf Vorschlag des Vorsitzenden per acclam. wieder gewählt.

Zu II. Die Prüfung der Rechnung wurde den Herren Schirp-Vohwinkel und Dr. Hofacker-Düsseldorf übertragen. Dieselben bescheinigten die Richtigkeit der vorgelegten Rechnung.

Zu III. Herr Regierungsrath Wache berichtete über die im Direktionsbezirk Elberfeld bereits getroffenen und noch beabsichtigten Massnahmen und zwar:

1. Ueber die beim Herrn Minister beantragte Erweiterung des Unterrichts gemäss der Dienstvorschrift betr. das Rettungswesen bei Verunglückungen auf Eisenbahnen.
2. Ueber die Ausbildung von Rettungsmannschaften für die Hilfszüge in Düsseldorf, Barmen, Rittershausen, Hagen und Siegen.
3. Ueber die Bildung freiwilliger Sanitätskolonnen von Eisenbahnbediensteten in Elberfeld, Vohwinkel, Ohligs, Opladen, Langenberg, Schwerte, Hagen, Düsseldorf u. s. w.

Zu IV. Unter Bezugnahme auf die bei der vorjährigen Versammlung gepflogenen Verhandlungen und die den Bahnärzten von der Königl. Eisenbahn-Direktion zugegangenen Mittheilungen betreffend Verhaltungsmassregeln für das Eisenbahnpersonal bei Pestfällen und Krankenübergabestationen berichtete Herr Regierungsrath Wache über den gegenwärtigen Stand der Angelegenheit.

Zu V. Der Vorsitzende berichtete über die Anstellung des homöopathischen Arztes Dr. Willerding als Kassenarzt der Betriebs-Krankenkasse für den Eisenbahndirektionsbezirk Elberfeld, in Vohwinkel. Er machte zunächst darauf aufmerksam, in welcher Weise in diesem Falle Unterschriften gesammelt worden wären. 170 Kassenmitglieder hätten den Antrag auf Bestellung eines homöopathischen Arztes unterschrieben und 40 denselben gewählt. Ein Bedürfniss zur Niederlassung eines weiteren Arztes in Vohwinkel habe nicht vorgelegen. Kurze Zeit vorher sei auch die Bestallung eines zweiten dort ansässigen Arztes als Arzt der Betriebskrankenkasse verwaltungsseitig abgelehnt worden. Die Bestallung des Dr. Willerding sei also lediglich erfolgt, weil dieser sich als homöopathischer Arzt bezeichne. Der Berichterstatter führte alsdann des Weiteren aus, dass die Lehrsätze der alten und neueren Homöopathie (Hahnemann, Lutze, Hirschel u. s. w.) widersinnig seien und jeder wissenschaftschaftlichen Begründung entbehrten. Die staatlich approbirten Aerzte, welche auch Homöopathie ausübten, könnten nicht zu den anständigen Elementen des ärztlichen Standes gezählt werden, sie seien als moralisch verirrt zu bezeichnen und es sei eines berufstreuen Arztes unwürdig, mit einem solchen Arzte gemeinsam zu arbeiten, mit ihm zu konsultiren, oder ihn zu vertreten. Die Bahnärzte müssten es deshalb ablehnen, in schwierigen Fällen (§ 1, Absatz 3 des Vertrages) mit homöopathischen Aerzten zu konsultiren. Er schlage vor

a) eine Denkschrift auszuarbeiten und der Direktion, ev. dem Herrn Minister vorzulegen.

b) einen Antrag an den Ausschuss der Bahnärzte zu richten, dahingehend, dass allen Bahnärztevereinen Deutschlands die Frage zur Beschlussfassung vorgelegt werde zwecks gemeinsamen Vorgehens.

Herr. Reg.-Rath Wache führte hierzu aus, dass er von der Bestellung eines homöopathischen Arztes abegerathen habe und dass jede Beeinflussung der Kassenmitglieder von ihm ausdrücklich verboten worden sei, dass ferner die Kassenärzte von dem Vorstande der Betriebskrankenkasse bestellt würden, zu welchem ausser ihm noch sechs stimmberechtigte Mitglieder dieser Kasse gehörten. Der Kassenvorstand bestelle die Kassenärzte unter Berücksichtigung des Bedürfnisses und der Wünsche der Kassenmitglieder selbständig. In dem Vorstande der Betriebskrankenkasse habe er nur eine Stimme, könne also von den übrigen Vorstandsmitgliedern überstimmt werden, wie dies auch in dem in Betracht kommenden Falle in Vohwinkel, wo ein homöopathischer Arzt verlangt worden war, geschehen sei. Seine Gegenvorstellungen seien nicht berücksichtigt worden. Der angestellte homöopathische Arzt Dr. Willerding sei übrigens staatlich approbirter praktischer Arzt.

Bei der Bestellung von Bahnärzten, die seitens der Königl. Eisenbahndirektion erfolge, würden homöopathische Aerzte nicht berücksichtigt werden, auch sollten die Bahnärzte nicht gehalten sein, mit homöopathischen Aerzten zu konsultiren.

Demgegenüber wurde von der Ausarbeitung einer Denkschrift abgesehen, dem Vorsitzenden aber auf seinen wiederholten Antrag die Ermächtigung ertheilt, beim Ausschusse der Bahnärztevereine den Antrag zu stellen, dass die Frage allen Vereinen zur Berathung und Beschlussfassung vorgelegt werde. —

Zu VI. Der Berichterstatter Herr Sanitätsrath Dr. Holzschneider berichtete über den Unfug der Verbreitung der Bilzschen Bücher über das Naturheilverfahren durch Vorträge, die auch in Eisenbahn-Werkstätten und Diensträumen stattgefunden haben.

Herr Regierungsrath Wache besprach zunächst die im Direktionsbezirk Elberfeld vorgekommenen Fälle (in Langenberg und Holzwichede) und bemerkte, dass derartige Fälle, von denen der Königl. Eisenbahn-Direktion nichts bekannt gewesen sei, für die Folge nicht wieder vorkommen würden, da das Halten von Vorträgen über Gesundheitspflege in Eisenbahndiensträumen seitens nichtapprobirter Aerzte neuerdings strengstens verboten worden sei.

Zu VII. Als Ort für die nächste Jahresversammlung wurde Elberfeld gewählt.

Zu VIII. Die Alkoholfrage wunde im Anschluss an den Aufruf des Eisenbahn-Direktors de Terra-Guben berührt und die Frage der Einschränkung des Verkaufs alkoholhaltiger Getränke, namentlich von Branntwein, in den Bahnhofwirthschaften an das Eisenbahnpersonal besprochen. Es wurde beschlossen, die Angelegenheit auf die Tagesordnung der nächsten Jahresversammlung zu setzen.

Von dem Vertreter der Köngl. Eisenbahn-Direktion wurden zwei Muster für Taschen-Apotheken zur Begutachtung vorgelegt, da die Ausrüstung der Streckenwärter und Rottenführer mit solchen in Anregung gebracht sei. Die Versammlung hielt den Inhalt der vorgelegten Muster nicht für zweckentsprechend. Der Vereinsvorstand wird die Angelegenheit prüfen und diejenigen Gegenstände bezeichnen, die zweckmässig in eine solche Taschen-Apotheke gehören.

Es wurde ferner eine Offerte der Firma Karl Hoffbauer-Dortmund bezüglich ihres Heilmittels „Brandol“ zur Schmerzlosmachung und Heilung von Brandwunden bekannt gegeben. Das Mittel soll in geeigneten Fällen von den Bahnärzten geprüft und über die Erfahrungen demnächst berichtet werden.

Als Schutzanzüge für die die Hilfszüge begleitenden Rettungsmannschaften für den Sanitätsdienst wurden von der Versammlung auf Anfrage des Direktionsvertreters Kittelschürzen mit Aermeln (sog. Operationsschürzen) empfohlen.

Wache, Regierungsrath. Dr. Le Blanc, Vorsitzender.

Hicke, Bureau-Diätar.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Gelbes Fieber als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung vom 18. Dezember 1901.

Auch bei der erneuten Prüfung des Streitfalles hat das Reichs-Versicherungsamt auf Grund der thatsächlichen Feststellungen der früheren Instanzen, insbesondere mit Rücksicht auf die Gutachten des Physikus Dr. E. in Hamburg vom 31. August 1892 unb des Vertrauensarztes der Beklagten Dr. M. in Hamburg vom 26. März 1901 für erwiesen erachtet, dass der Tod des Kapitäns Heinrich B. in Barbados zwischen dem 18. und 30. Januar 1892 durch gelbes Fieber herbeigeführt worden ist, sowie dass die Folgen der Kopfverletzung, welche B. im Jahre 1890 in Monte Christi erlitten hat, auf den Ausbruch und den tödtlichen Verlauf dieser Krankheit von unmittelbarem oder mittelbarem Einfluss nicht gewesen sind. Namentlich kann auch das Gutachten des Amtsarztes Dr. St in Elsfleth vom 1. März 1901 eine andere Beurtheilung dieses Punktes nicht rechtfertigen. Denn, wenn auch ohne Weiteres zugegeben werden kann, dass die als Folgen von Kopfverletzungen auftretenden Gehirnerscheinungen oft erst mehrere Jahre nach der Verletzung zum Tode führen, ohne vorher den Verletzten geistig oder körperlich arbeitsunfähig gemacht zu haben, so wäre doch im vorliegenden Falle, in welchem etwa gleichzeitig mit dem Kapitän B. drei andere Leute der Schiffsbesatzung gestorben und unstreitig dem gelben Fieber erlegen sind, die Annahme, dass bei B. die Kopfverletzung aus dem Jahre 1890 die Ursache des Todes gewesen sei, nur bei einer ganz unzweideutigen und schlüssigen Beweisführung zulässig. Dies muss ebenso von der Annahme gelten, dass die Folgen der Kopfverletzung auf den tödtlichen Verlauf der Erkrankung auch nur miteingewirkt hätten. Denn bei der ungemeinen Gefährlichkeit des gelben Fiebers, das die rüstigsten Leute dahinrafft, findet der schnelle Tod des B. seine vollständige Erklärung, ohne dass eine Verringerung der Widerstandskraft seines Körpers durch die Folgen jener Kopfverletzung vorausgesetzt wird.

Es ist daher entsprechend der früheren Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts davon auszugehen, dass B. dem gelben Fieber erlegen ist.

Auch hält das Reichs-Versicherungsamt an der in dem früheren Urtheil ausgesprochenen Rechtsauffassung fest, dass klimatische Erkrankungen für sich allein als entschädigungspflichtige Unfälle nicht in Betracht kommen.

Aber die nach Erlass des früheren Urtheils angestellten eingehenden Ermittlungen haben die dem Streitfalle zu Grunde liegenden thatsächlichen Verhältnisse in ein helleres und zum Theil neues Licht gestellt; mit Rücksicht hierauf war eine abweichende Entscheidung des Streitfalles geboten.

Hierbei konnte die von den Klägern angeregte Frage, ob nach dem neueren Standpunkte der medizinischen Wissenschaft das gelbe Fieber nicht als klimatische, sondern als Ansteckungskrankheit aufzufassen sei, unerörtert bleiben. Denn in jedem Falle erscheint der Anspruch der Kläger bei der durch die neueren Erhebungen geschaffenen Lage des Falles begründet.

Das von dem Kapitän B. geführte Schiff lag 6 Wochen in Santos, nahm dort aus einem Flusse Sandballast ein und segelte in 48 Tagen nach Barbados. In Santos wüthete das gelbe Fieber, insbesondere war der Fluss, aus dem der Ballast entnommen wurde, verseucht, Barbados war fieberfrei. Kurz vor der Abfahrt von Santos erkrankten drei Leute der Besatzung am gelben Fieber, die zurückgelassen wurden, auf der Weiterreise kam ein weiterer Krankheitsfall nicht vor, und bei der Ankunft in Barbados konnte B. an seinen Rheder melden, dass Alles wohl sei. Da der Ballast jedoch etwas nach der einen Seite übergegangen war, musste er getrimmt, d. h. gerade geschaufelt werden. Zu diesem Zwecke wurde die Grossluke geöffnet, und zunächst der Schiffsjunge in den Raum geschickt. Nachdem dieser dort von der Frühstückszeit bis Mittags gearbeitet hatte, klagte er über Unwohlsein und musste Nachmittags gegen 4 Uhr ins Hospital geschafft werden, wo er noch in derselben Nacht am gelben Fieber verstarb. Am nächsten Tage war auch schon die Krankheit beim Kapitän B. ausgebrochen. Er starb 5 bis 6 Tage später, etwa zu derselben Zeit auch der zweite Steuermann und ein Matrose.

Hiernach und nach dem sonstigen Inhalte der Akten muss angenommen werden, dass bei dem Umtrimmen des Ballastes in dem engen, dunsterfüllten Raume Krankheitserreger (Fiebergiftstoffe), welche in dem in Santos eingenommenen Ballast enthalten waren, aufgewühlt wurden, und dass diese Giftstoffe auf die Gesundheit der bei dem Umtrimmen beschäftigten Personen und insbesondere auf den verstorbenen B. innerhalb eines eng begrenzten Zeitraumes in einem wesentlich stärkeren Masse schädlich gewirkt haben, als es bei einem blossen Aufenthalt in einem verseuchten Hafen, wie Santos, möglich gewesen wäre. Durch jene Betriebsarbeit und die dabei obwaltenden eigenartigen Verhältnisse sind mithin für den Ausbruch und den Verlauf der Krankheit, welcher B. erlegen ist, besonders ungünstige Bedingungen geschaffen worden, wofür namentlich deutlich der Umstand spricht, dass von den in Santos erkrankten Leuten der Schiffsbesatzung zwei ihre Gesundheit wiedererlangt haben, während die in Barbados vom gelben Fieber Befallenen sämmtlich daran verstorben sind, und der zunächst mit dem Trimmen beauftragte Schiffsjunge schon innerhalb einiger Stunden zu Grunde gegangen ist.

In dieser Beleuchtung gleicht die vorliegende Streitsache

dem in der Rekursentscheidung 213 (Amtl. Nachr. 1886 S. 251) entschiedenen Falle, in dem es sich um die Ansprüche der Hinterbliebenen eines Arbeiters gehandelt hatte, der infolge der Bearbeitung der Haare milzbrandkranker Thiere selbst an Milzbrand erkrankt und gestorben war. Der Thatbestand des Betriebsunfalls ist damals zutreffend darin gefunden, dass mit einer bestimmten Betriebsthätigkeit eine innerhalb kurzer Zeit sich vollziehende schädliche Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Arbeiters verbunden war; die gleiche Rechtsauffassung greift auch für den vorliegenden Fall durch.

Bei der beschriebenen Sachlage war es geboten, die Erkrankung des Kapitäns B. am gelben Fieber in Barbados als Betriebsunfall anzusehen, während andererseits die Erkrankungen und Todesfälle in Santos, die ohne Mitwirkung eines Betriebsvorganges lediglich auf den Aufenthalt daselbst zurückzuführen sind, und bei denen es sich nur um klimatische Einwirkungen handelt, einen Rentenanspruch auf Grund des See-Unfallversicherungsgesetzes nicht begründen könnten. Gerade diese Gegenüberstellung hebt die Verschiedenheit des Thatbestandes in mehreren anscheinend ähnlichen Fällen hervor und zeigt die dadurch bedingte Nothwendigkeit einer verschiedenen Beurtheilung je nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles.

In der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 3. Juli 1893 ist ausdrücklich anerkannt, dass Gesundheitsschädigungen, welche auf den Ausbruch oder den Verlauf klimatischer Erkrankungen von wesentlichem Einfluss sind und ihrerseits mit einem als Unfall sich darstellenden Betriebsvorgang in ursächlichem Zusammenhang stehen, sehr wohl Entschädigungsansprüche nach dem S. U. V. G. begründen können. Ein solcher Betriebsvorgang ist nunmehr als erwiesen erachtet worden; hierin liegt eine Abweichung von der früheren Entscheidung nur in thatsächlicher, nicht in rechtlicher Beziehung. Eine Verweisung der Sache an den erweiterten Senat gemäss § 17 H. G. war daher nicht erforderlich.

Ist nach dem Vorstehenden der Kapitän B. einem Betriebsunfall erlegen, so stehen den Klägern die ihnen vom Schiedsgericht zugebilligten Hinterbliebenen-Renten zu, gegen deren Höhe von der Beklagten Einwendungen nicht erhoben sind, und auch bei dem Reichs-Versicherungsamt Bedenken nicht vorliegen. Der Rekurs der Beklagten war daher zurückzuweisen. (Arbeiterversorgung).

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

G. Jacobson, Med.-Rath, kgl. Kreisarzt. Leitfaden für die Revisionen der Drogen-, Gift- und Farbenhandlungen. Berlin, Fischers Med. Buchh. 1902. kl. Oktav. Pr. 4 M.

Die zweite Auflage des bekannten und bei Medizinal-Beamten beliebten Leitfadens enthält die am 1. April cr. in Kraft getretene Kaiserl. Verordn. v. 22. Oktober 1901 und die Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe bis in die neueste Zeit. Sie zeichnet sich, wie die erste, durch Objektivität der Darstellung und Reichhaltigkeit des Inhalts in knappem Rahmen aus. Dass beim sogenannten Giftgesetz (S. 106) weder am Kopf, noch am Schluss das bekannte Datum vom 24. August 1895 vermerkt ist, auf welches anderweitig Bezug genommen wird, ist wohl nur ein Druckversehen. L.

R. Kobert, Beiträge zur Kenntniss der Giftspinnen. Stuttgart 1901. Gr. 8, 191 Seiten.

Diese Monographie giebt die Resultate einer grösseren Anzahl von Versuchen wieder, welche Verf. schon während seines Aufenthaltes in Dorpat angestellt hatte mit verschiedenen Extrakten von Giftspinnen, namentlich solchen aus Südrussland. Eingeleitet und ergänzt werden diese Versuche durch ausführliche zoologische und namentlich historische Mittheilungen. Wie weit dieselben auf Vollständigkeit Anspruch machen können, vermag ich nicht zu beurtheilen; jedenfalls genügt das Gebotene vollkommen den Bedürfnissen des Mediziners, für welchen das Buch wohl vor Allem geschrieben ist.

Die toxikologischen Versuche des Verf. behandeln in erster Linie die Giftwirkungen der in Südrussland (Taurien) einheimischen Karakurte, Lathrodectes Erebus. Hiernach enthält die Karakurte ein Gift, welches das Herz und das Zentralnervensystem mit oder ohne vorherige Erregung der motorischen Zentren lähmt. Bei direkter Berührung des Giftes mit dem Blute kann es auch noch zu Hämolyse und Thrombosirungen kommen. Die giftigen Dosen sind dabei recht gering; so stirbt ein Meerschweinschen von 650 g nach Injektion eines Auszuges entsprechend 5 mg Organischem, eine kleine Katze von 1620 g nach Injektion eines solchen entsprechend 7,9 mg Organischem u. a. — Seiner chemischen Natur nach ist das Gift ein Gifteiweiss oder ein giftiges Enzym, das mit einigen anderen thierischen Giften, namentlich dem Skorpionengift gewisse Aehnlichkeiten besitzt.

Von grösstem Interesse für uns ist es nun, dass nach den Untersuchungen des Verf. auch unsere einheimische Kreuzspinne und zwar auch im Jugendzustande und sogar schon in den Eiern ein Gift enthält, welches dem Karakurtengift in seiner Wirkung äusserst ähnelt. Auch dieses wirkt vom Blute aus (durch Hämolyse) giftig und todbringend. Katzen starben nach Injektion von Extrakten, 2,0 bezw. 2,5 Organisches pro kg Körpergewicht enthaltend. 4,1 bezw. 4,8 mg (Organisches im Extrakt) pro kg Körpergewicht tödteten Hunde nach wenigen Minuten, 2,4 mg nach wenigen Stunden. — Man sieht aus diesen Beispielen die grosse Giftigkeit des Kreuzspinnengiftes. Verf. berechnet auf Grund seiner Versuche, dass man mit einer einzigen erwachsenen weiblichen Kreuzspinne ungefähr 1000 halbwüchsige Katzen vergiften kann.

Wenn so Verf. dem alten Glauben von der Giftigkeit der Kreuzspinne volle Berechtigung verschafft, so ist er andererseits bemüht, durch kritische historische Studien den wunderbaren Erzählungen von der furchtbaren Wirkung des Bisses der Tarantel — der italienischen wie der russischen — entgegenzutreten und zeigt, dass es sich häufig um Verwechselungen mit Bissen der in Südeuropa einheimischen Malmignatte, einer Lathrodectesart, handelt.

Jedenfalls haben wir in dem Kobert'schen Buche eine Schrift vor uns, welche schon durch ihre Vielseitigkeit geeignet ist, bei Medizinern und Naturwissenschaftlern grosses Interesse zu erregen. Kionka-Jena.

A. J. Kunkel: Handbuch der Toxikologie. — Jena. Gustav Fischer. Erste Hälfte 1899, zweite Hälfte 1901. Gr. 8, 1117 S.

Das vorliegende Werk giebt das grosse Material wieder, welches Verfasser im Laufe seiner langjährigen Thätigkeit als Pharmakologe und Toxikologe theils durch eigene Erfahrungen und Anschauungen gewonnen, theils der gesammten toxikologischen Literatur entnommen hat. Was die letztere Quelle anlangt, so hat Verfasser an den Berichten und Mittheilungen Anderer, ehe er sie seinem Werke einverleibte, die schärfste Kritik geübt, und gerade diese scharf kritische Sichtung des Materials ist neben der Fülle des Gebotenen ein Vorzug des Buches, welcher es vor manchem anderen derartig umfangreichen Werke vortheilhaft auszeichnet. Es ist ja dieses Handbuch kein Werk bestimmt zum schnellen Gebrauch für

den praktischen Arzt. Dazu ist es viel zu ausführlich. Auch will der Praktiker, wenn er sich schnell in einer Spezialdisziplin, wie es die Toxikologie doch ist, orientiren muss, nicht kritische Auseinandersetzungen über den Werth oder Unwerth gewisser Ansichten, sondern vielmehr kurze prägnante Angaben über das, was thatsächlich erwiesen ist und anerkannt wird. Indessen ist andererseits gerade wegen der ausführlichen Kritik dieses Werk zum Spezialstudium im Gebiete der Toxikologie von ganz unschätzbarem Werthe und dürfte in keiner öffentlichen medizinischen Bibliothek fehlen.

Auf Einzelheiten des Handbuches des Näheren einzugehen, erscheint nicht zweckmässig. Auf den ersten 90 Seiten wird die allgemeine Toxikologie behandelt. Von diesen entfallen etwa 70 Seiten auf eine sehr anziehend geschriebene allgemeine Toxikologie der Organe und Funktionen, während die gesammten Kapitel über Giftwirkung einschliesslich der Definition der Empfänglichkeit des Organismus, der Abwehrmassregeln desselben u. a., — und auch die allgemeine Therapie der Vergiftungen auf 16 Seiten untergebracht sind. Namentlich die Kürze des letztgenannten Kapitels erscheint im Vergleich zur sonstigen Ausführlichkeit des Werkes etwas befremdend.

Im speziellen Theil sind die einzelnen Gifte nach der chemischen Eintheilung geordnet. Was die einzelnen Kapitel anbelangt, so kann man wohl sagen, dass in ihnen Alles zu finden ist, was zur Zeit der Abfassung derselben über die einzelnen Gifte bekannt war. — Das Ganze schliesst ein Sachregister, welches etwas weniger ausführlich ist, als man es sonst in derartigen Werken zu finden gewohnt ist, das aber immerhin 24 Seiten umfasst. Kionka-Jena.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Carl Marhold:

Hölscher, Fremdkörper im äusseren Gehörgange und ihre Behandlung. 1902. 18 Seiten.

Bresgen, Lebensversicherung und Krankheiten der Nasen- und Rachenhöhle. 1902. 15 Seiten.

Theilhaber, Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. 1902. 22 Seiten. Preis 80 Pfg.

Ernst Schultze, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychatrie. 1902. 46 Seiten.

Verlag Gustav Fischer:

Rille, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Abth. 1902. 176 Seiten.

Verlag Georg Thieme:

Becker, Th., Einführung in die Psychiatrie. 3. Aufl. 166 Seiten. 1902.

Krönig, Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten, 102 Seiten. 1902.

Verlag M. Rieger:

Emmerich und **Trillich,** Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. 3. Aufl. 1902. 424 Seiten. Preis 10 Mark.

Verlag E. F. Thienemann.

Spitzner, Die pädagogische Pathologie im Seminarunterricht. Beiträge zur Lehrerbildung und Lehrerfortbildung. 24. Heft. 51 Seiten. 1902. Preis 80 Pfg.

Verlag Staegmeyr:

Keim, Ideales und Reales in der Bienenzucht. 1902. 54 Seiten. Preis 2 Mark.

Verlag M. & H. Schaper:

Severserenus, Aus der Sprechstunde des Anwalts. 1902. 185 Seiten. Preis 2,80 Mk.

Tagesgeschichte.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preussen.

Die im Jahre 1900 veranlassten statistischen Erhebungen über Geschlechtskrankheiten in Preussen haben Ergebnisse gehabt, die wohl selbst den Wissenden überraschen und erschrecken können.

Nachgewiesen wurde, dass sich am 30. April 1900 von je 10000 erwachsenen Personen 18,46, von je 10000 Männern 28,20, von ebensoviel Frauen 9,24 wegen Geschlechtskrankheiten in Behandlung approbirter Aerzte befanden.

In Berlin kamen auf 10000 Einwohner 141,94 männliche bezw. 45,73 weibliche Kranke. Zwischen 58,91 (19,44) und 33,25 (9,95) bewegt sich die Krankenzahl in den Regierungsbezirken Wiesbaden, Hannover, Düsseldorf und Breslau. Die niedrigste Prozentzahl weisen die Bezirke Münster, Osnabrück und Sigmaringen auf.

In den 107 grösseren Städten des Staates, deren Einwohnerschaft 23,78 (bezw. 23,58) der gesammten Bevölkerung ausmacht, hausen die Geschlechtskrankheiten besonders arg; auf diese Städte entfallen 78,51 (78,05) Prozent aller ermittelten Kranken.

Enorm ist die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in vielen Universitäts-, Hafen-, Handels- und Industriestädten, besonders wo gleichzeitig Garnison vorhanden ist. Wir nennen Königsberg mit 163,71, Wilhelmshaven mit 215,16, Frankfurt a./M. mit 150,49, Essen mit 126,18 Prozent der gesammten männlichen Bevölkerung.

Auffallend gering war die Zahl der am 30. April 1900 in Behandlung befindlichen geschlechtskranken Soldaten: 15,20 auf 10000.

Den Hauptantheil an den Erkankungen hat der Tripper (53,72), dann folgt primäre und sekundäre Syphilis mit 27,63, tertiäre mit 12,83, weicher Schanker mit 6,92 Prozent. Bei den Frauen tritt die Syphilis, bei den Männern der Tripper mehr in den Vordergrund.

Das ist also, um es nochmals zu wiederholen, lediglich die Zahl der Geschlechtskranken, die an einem beliebig herausgegriffenen Tage des Jahres in ärztlicher Behandlung waren. Man rechne sich aus, was das, eine gewisse durchschnittliche Behandlungsdauer angenommen, für das ganze Jahr und weiter für die durchschnittliche Lebensdauer der Bevölkerung für Zahlen giebt — und dann bedenke man, wie viel Kranke ohne Behandlung bleiben und sich an Kurpfuscher wenden! Jede Erläuterung des Ernstes dieser Verhältnisse ist gegenüber Aerzten überflüssig.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Unter der Aegide von Galewsky, Lesser, Neisser, Wolff, Blaschko und M. Kirchner tritt, heute schon mit einem stattlichen Gefolge von hervorragenden Aerzten und Laien, eine Vereinigung ins Leben, deren Ziele fördern zu helfen eine Ehrenpflicht jedes Bürgers und vor Allem jedes Arztes ist. Handelt es sich doch um die Bekämpfung eines Feindes, der die furchtbarsten Verheerungen anrichtet, der nicht etwa heimlich sich einschleicht in die Häuser der Nichtsahnenden, nein, der uns seinen Weg ganz offen zeigt, pochend auf seine Unbesieglichkeit: um die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Gesellschaft plant die Gewinnung einer möglichst grossen Zahl von Mitgliedern aus allen Gesellschaftsschichten, Bildung von Zweigvereinen an Orten mit grösserer Mitgliederzahl, Abhaltung von Versammlungen, Veranstaltung von öffentlichen belehrenden Vorträgen aus dem Gebiete der Sexual-

hygiene, Verbreitung von aufklärenden populären Schriften und Flugblättern etc., direkte und indirekte Beeinflussung von gesetzgebenden und Verwaltungskörpern zur Abhilfe von Uebelständen und zur Anbahnung von Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge für Geschlechtskranke und der Ueberwachung der Prostitution.

Der Jahresbeitrag soll 3 Mark betragen; eine konstituirende Versammlung wird im Herbst nach Berlin einberufen werden.

Statistische Zentralstelle für das Irrenwesen.

Einer Anregung, die Hoche auf dem diesjahrigen Irrenärztetage zu München gegeben hat, ist es zu danken, dass der erste Schritt zu einem gemeinsamen Vorgehen der deutschen Irrenärzte gegen die falschen Anschauungen, die im Publikum über Irre und Irrenärzte herrschen, gethan werden wird. Die Missstände sind zwar alt, aber einmal müssen sich doch die Psychiater rühren, um aus der, wie Hoche ganz richtig sagt, abnormen Stellung, die sie in der öffentlichen Meinung einnehmen, herauszukommen. Und gerade jetzt, wo, wie es scheint, die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens nahe ist, erscheint es dringend geboten, statt allgemeiner Lamenti mit positivem Beweismaterial für die Forderungen und Anschauungen der Irrenärzte einzutreten.

Die von Hoche vorgeschlagene und von der Versammlung eingesetzte „statistische Kommission“ wird in erster Linie systematisch aus der Tagespresse alles das sammeln, was sich auf Geisteskranke, angeblich Geisteskranke etc. bezieht: Alle die Fälle von Selbstmorden Geisteskranker, von Schädigungen Andrer durch Irre, von Bestrafung Geisteskranker und Schwachsinniger, von Kollision dieser Kranken mit militärischen Verhältnissen und endlich von angeblicher Internirung oder Entmündigung Geistesgesunder. Dieses ganze Material wird sorgfältig geprüft und das Ergebniss alljährlich in Berichtform dem Irrenärzteverein, weiterhin auch in Broschüren der Oeffentlichkeit, der Presse, den gesetzgebenden Körperschaften übergeben werden.

Wahrlich, eine Aufgabe, der Mitarbeit aller Verständigen werth!

Zur Tollwuthstatistik.

Die Zahl der Tollwuthfälle in Preussen scheint ständig abzunehmen. Die Bissverletzungen durch wuthkranke oder wuthverdächtige Thiere betrug nach den amtlichen Meldungen im Jahre 1900 233, im Jahre 1901 187. Geimpft wurden im Berliner Institut für Infektionskrankheiten 1898 137, 1899 384, 1900 332, 1901 230.

1902 im ersten Quartal allerdings bereits 78, doch ist erfahrungsgemäss die Vertheilung auf die einzelnen Monate des Jahres gewöhnlich sehr unregelmässig. In den letzten fünf Vierteljahren war die Zahl der Todesfälle trotz Schutzimpfung etwas grösser, als man hätte erwarten sollen (5), es wird daher jetzt versucht, mit stärkerem Virus und häufigeren Einspritzungen vorzugehen, als Pasteur ursprünglich angegeben hat.

Eine eigenthümliche Körperverletzung aus Eifersucht.

In einem Dorfe der Bukowina lebt der Bauer M., der als einer der intelligenteren Leute am Orte gilt. Er ist seit drei Jahren verheirathet, die Frau ist jetzt 24 Jahre. Vor drei Monaten nun hat M. unter furchtbaren Drohungen seine Frau genöthigt, sich von ihm den Scheideneingang mit Draht vernähen zu lassen. Zwei Drahtschlingen hat er eingelegt und durch Zusammendrehen geschlossen. Vor der jedesmaligen Ausführung des Beischlafes hat er die Drähte jedesmal aufgedreht, aber nicht entfernt. Endlich gelang es der Frau, ihm zu entfliehen, und nach mehrtägiger Fusswanderung erreichte sie mit ihrem Kinde die Stadt Radautz, wo ein Arzt ihr die Drähte entfernte und die Wunden heilte.

Der Sachverhalt wird von dem behandelnden Arzte selbst, Dr. Bierer, der Wiener medizinischen Wochenschrift mitgetheilt. Eifersucht soll, wie Dr. B. schreibt, das Motiv zu dem Verbrechen sein, welches inzwischen dem Gerichte angezeigt worden ist. Der Fall ist gerichtsärztlich nicht nur nach der körperlichen, sondern auch nach der psychologischen Seite interessant: dass Eifersucht die Ursache zu der Missethat war, wird man kaum bezweifeln können, aber es wird sich fragen, ob diese Eifersucht nicht krankhafter Natur, nicht der Ausfluss geistiger Störung ist. Der Fall M. gehört zu denen, in welchen auf Grund der besonderen Art des Vergehens eine Untersuchung des Geisteszustandes von Amtswegen jedem weiteren Verfahren vorausgehen sollte.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 21. April 1902 betr. Verrechnung der Wartegelder der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten.

— — vom 23. April 1902 betr. Nachweisungen über die in den Etatsjahren 1899 und 1900 bezogenen amtsärztlichen Gebühren der nicht vollbesoldeten Kreisärzte.

Es ist mehrmals auf Schwierigkeiten gestossen, für die Hinterbliebenen verstorbener Kreisärzte die Pension richtig festzusetzen, weil sie ausser Stande waren, den Gebührennachweis für 1899 und 1900 beizubringen. Daher wird angeordnet, dass sämmtliche nicht voll besoldete Kreisärzte ihre Gebührennachweisungen für 1899 und 1900 jetzt einreichen sollen.

— — vom 10. Mai 1902 betr. Lieferung des Werkes „Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897“ an Behörden und einzelne Beamte zu ermässigtem Preise.

Unter Hinweis auf den für Behörden und Beamte ermässigten Preis von 13 Mark werden die Regierungspräsidenten aufgefordert, die unterstellten Behörden auf das Werk aufmerksam zu machen.

— — vom 6. Mai 1902 betr. Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die an Staatsanstalten gelieferten Arzneien durch die pharmazeutischen Revisoren.

Die Revisoren sollen bei Prüfung der Rechnungen gleichzeitig über Verstösse gegen die Sparsamkeit berichten, insbesondere über Verordnung solcher Arzneien, die durch geschützte Wortzeichen vertheuert sind (Antipyrin, Salipyrin, Dermatol).

— — vom 10. Mai 1902 betr. Vertrieb des Diphtherie-Heilserums in Fläschchen und Glas-Ampullen.

An Stelle der Fläschchen werden Gläschen mit zugeschmolzenem Halse zugelassen, die an einer Stelle aufgebrochen werden können.

— — vom 21. April 1902 betr. Formulare für die Sammelforschung über die in den Lungenheilstätten erzielten Erfolge.

Auf Vorschlag des Reichsgesundheitsamts ist eine wesentliche Aenderung der Formulare angeordnet worden.

— — vom 16. Mai 1902 betr. Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder tollwuthverdächtige Hunde.

Im Anschluss an einen Bericht über die Tollwuthstatistik (vergl. oben) wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Bevölkerung über den Werth der Schutzimpfung aufzuklären und in jedem Fall der Kopf der erkrankten Thiere möglichst bald dem Institut für Infektionskrankheiten einzusenden ist.

— — vom 16. April 1902 betr. Lehrplan für den Unterricht in der Lehre vom menschlichen Körper an der kgl. Turnlehrer-Bildungsanstalt.

— — vom 15. April 1902 betr. Handhabung der Vorschriften in § 12 Abs. 1 des Fleischbeschaugesetzes vom 3. Juni 1900.

— — vom 30. April 1902 betr. Grundzüge für die Einrichtung u. s. w. von Geflügelmästereien und Schlächtereien.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. № 14. Ausgegeben am 15. Juli.

Inhalt:

Typhus und Rieselfelder.

Von
Dr. Aust-Nauen,
Kreisarzt.

Die Frage der Beeinflussung der öffentlichen Gesundheit durch Rieselfelder hat die Hygieniker seit Langem beschäftigt. In der Berliner Medizinischen Gesellschaft ist dieses Thema wiederholt, namentlich in der Sitzung vom 27. November 1895, Gegenstand lebhafter Diskussionen gewesen. Während Weyl in einem damals gehaltenen Vortrag zu dem Schluss gelangt, dass gut geleitete Rieselfelder unter keiner Bedingung die öffentliche Gesundheit zu schädigen im Stande sind, vertreten Andere wie Zadek und Schäfer den Standpunkt, dass selbst bei ordnungsmässigem Betriebe der Rieselfelder Störungen vorkommen, die zu Schädigungen der öffentlichen Gesundheit, vornehmlich zu Typhuserkrankungen, in der Umgebung führen können.

Da der bakteriologische Nachweis der Typhuskeime in Riesel- und Drainwässern trotz aller Fortschritte auf grosse Schwierigkeiten stösst, sind wir im Ganzen immer noch vorwiegend auf möglichst genaue epidemiologische Beobachtungen angewiesen, um zu einer Lösung der Frage beizutragen.

Im Kreise Osthavelland, in dessen östlichem Theile bei dem Dorfe Gatow am rechten Havelufer die Rieselfelder der Stadt Charlottenburg gelegen sind, habe ich im Laufe der letzten beiden Jahre als Medizinalbeamter Beobachtungen über Typhuserkrankungen zu machen Gelegenheit gehabt, die einen Zusammenhang der letzteren mit der Beschäftigung der Erkrankten auf den Rieselfeldern in hohem Grade wahrscheinlich machen und die ich mit Rücksicht auf ihre allgemeine Bedeutung mitzutheilen mir gestatte.

In der Gemeinde Gatow, die bis 1498 frei von Typhus gewesen sein soll, erkrankte im Juni 1900 ein seit 4 Monaten im Ort ansässiger, auf den Rieselfeldern beschäftigter Arbeiter Sch. an dieser Krankheit. Er wurde sogleich nach Feststellung einem Krankenhause überwiesen, seine Wohnung, Kleider und Betten wurden durch den amtlichen Desinfektor desinfizirt. Eine Infektionsquelle konnte nicht nachgewiesen werden.

Anfang August desselben Jahres erkrankte der 14jährige

Sohn des Dorfschulzen W. an der gleichen Krankheit. Ihm folgten in Zwischenräumen von 2—3 Wochen die übrigen zwei Geschwister und Eltern. Eine zur Pflege herangezogene Krankenschwester infizirte sich gleichfalls und starb nach kurzer Krankheitsdauer. Bei den sanitätspolizeilichen Ermittelungen konnte die Infektionsquelle für die erste Erkrankung ebenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Ein Verkehr des Erkrankten nach anderen Orten hin oder mit typhusverdächtigen Personen, namentlich auch mit dem genannten Arbeiter Sch. oder eine verdächtige Bezugsquelle für Nahrungsmittel war nicht zu eruiren. Auch die Annahme, dass in dem Wasser der schlecht verdeckten Hofbrunnen die Infektionsquelle zu suchen sei, hatte wenig Wahrscheinlichkeit für sich, da gleichzeitig mit dem ersterkrankten Sohne keine andere auf das Wasser des Brunnens angewiesene Person erkrankt war und die weiteren Erkrankungen bei der sofort erfolgten Schliessung des Brunnens und der streng durchgeführten Isolirung der Familie ungezwungen auf persönliche Uebertragung zurückgeführt werden konnten.

Im Jahre 1901 folgten weitere 8 Typhuserkrankungen und zwar erkrankte zuerst Anfang Juni eine auf den Rieselfeldern beschäftigte Arbeiterfrau Amalie B., deren Wohnung von denen der ihm Vorjahre erkrankt gewesenen Personen weit entfernt lag und die mit den Genannten in keiner Beziehung gestanden hatte. Sie starb nach kurzer Krankheitsdauer unmittelbar vor ihrer vorbereiteten Ueberführung in ein Krankenhaus in ihrer Wohnung, die nach dem Tode sofort sachgemäss desinfizirt wurde. Die übrigen Mitglieder der Familie, welche die Pflege übernommen hatten, blieben gesund. Es folgte am 20. Juni die Erkrankung einer am entgegengesetzten Ende des Dorfes wohnenden und mit der B. in keinerlei Verkehr stehenden Rieselfeldarbeiterin Marie J. und an dem gleichen Tage die Erkrankung des in dem 6 km westlich von Gatow gelegenen Dorfe Gross-Glienicke wohnenden Rieselfeldarbeiters Friedrich Sch., der ebenfalls mit den in Gatow erkrankten Personen nachweislich niemals in Berührung gekommen war, sowie überhaupt in Gatow nie etwas zu thun gehabt hatte.

Am 9. und 15. Juli erkrankten die unter einem Dache mit Frau Amalie B., jedoch getrennt von derselben wohnenden Rieselfeldarbeiterinnen Anna St. und Auguste B. Sämmtliche Kranken, bis auf die in ihrer Wohnung verstorbene Amalie B., waren nach Feststellung der Krankheit benachbarten Krankenhäusern überwiesen und ihre Wohnungen und Effekten einer Desinfektion unterworfen worden.

Am 9. Oktober desselben Jahres wurde die Erkrankung des auf der Rieselstation Karolinenhöhe, etwa 3 km von Gatow wohnenden Rieselwärters Wilh. H. gemeldet. Die unverzüglich vorgenommenen sanitätspolizeilichen Ermittelungen gaben auch hier keinen sicheren Anhaltspunkt für die Feststellung der Infektionsquelle. Die hygienischen Verhältnisse des Gehöftes waren ziemlich gute, namentlich lieferte der gut angelegte Tiefbrunnen einwandfreies Wasser. Die seit 6 Monaten dort ansässige Familie des Wärters hatte zu keiner der früher erkrankt gewesenen Familien in Beziehung gestanden, auch ihre Lebensmittel nicht aus G. bezogen.

Anlässlich der amtsärztlichen Feststellungen erfuhr ich noch, dass bereits im Juni 1898 ein Rieselwärter Ludwig Kr. Typhus überstanden hatte. Derselbe hatte damals mit seiner Familie bereits seit 12 Jahren eine der 4 Wärterwohnungen des Hauses bewohnt und keinen Verkehr mit ausserhalb wohnenden Familien unterhalten. Eine weitere Erkrankung war, wie bei Wilh. H., weder in seiner Familie, noch in der Umgebung derselben erfolgt. Der behandelnde Arzt hatte die Erkrankung auf die Rieselfeldarbeit zurückgeführt.

Am 25. Oktober erhielt ich weiterhin die Anzeige von der Erkrankung des auf den Rieselfeldern beschäftigt gewesenen Gutsknechtes Stanislaus W. in Gatow, der mit 2 Knechten einen gemeinsamen Schlafraum und mit vielen anderen Arbeitern einen Tagesraum getheilt hatte. Auch hier war der Weg der Infektion nicht sicher festzustellen.

Am 24. Dezember wurde mir von einer ferneren Typhuserkrankung durch die Königl. Regierung Mittheilung gemacht. Dieselbe betraf einen in Spandau wohnhaften und seit Monaten lediglich auf den Charlottenburger Rieselfeldern beschäftigt gewesenen Arbeiter Johann Gr. Nach persönlicher Mittheilung des Herrn Med.-Raths Dr. Jaenicke konnte keine bestimmte Ansteckungsquelle nachgewiesen werden, vielmehr war auch hier die Annahme eines Zusammenhanges der Erkrankung mit der Rieselfeldarbeit wahrscheinlich.

Gelegentlich der Ermittelungen in Gatow konnte ich ausserdem noch in Erfahrung bringen, dass im Juli 1899 ein ebenfalls auf den Rieselfeldern thätig gewesener Arbeiter Michael Z. an Typhus erkrankt und am 12. August im Spandauer Krankenhause verstorben war. Seine Wohnung lag vollständig isolirt am nördlichen Eingang zum Dorfe in unmittelbarer Nähe der Rieselfelder.

Die im Sommer 1900 beobachteten Typhuserkrankungen hatten in mir noch nicht den Verdacht, dass es sich um einen Einfluss der Rieselfelder handeln könnte, erregt, da die grosse Mehrzahl derselben eine Familie betraf und grösstentheils auf persönliche Uebertragung zurückgeführt werden konnte. Erst die Erkrankungen im Jahre 1901 mussten nach ihrer örtlichen und zeitlichen Gruppirung und bei dem Mangel sonstiger nachweisbarer Infektionsquellen die Aufmerksamkeit auf einen Zusammenhang mit den nahe gelegenen Rieselfeldern lenken.

Im Ganzen handelte es sich um 15 in den Jahren 1900 und 1901 und 2 in den Jahren 1898 und 1899 aufgetretenen Einzelerkrankungen, von denen 5 mit Wahrscheinlichkeit als durch persönliche Uebertragung vermittelt anzusehen sind, während bei den übrigen 11 Erkrankungen trotz sorgfältigster Nachforschungen eine andere Uebertragungsart nicht nachgewiesen werden konnte, eine persönliche Uebertragung aber bei dem Mangel jeglicher Verkehrsbeziehungen mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen war. Die Wohnungen der 11 Erkrankten lagen meist weit von einander entfernt in vier verschiedenen Orten, z. Th. sogar isolirt, wie in Karolinenhöhe. Ein Verkehr zwischen den betroffenen Familien hatte nachweislich nicht stattgefunden, eine infektionsverdächtige gemeinsame Bezugsquelle von Nahrungsmitteln war nicht nachweisbar, namentlich konnte die Milch als Krankheitsvermittler ganz ausgeschlossen werden, da die Arbeiterfamilien in der Mehrzahl die Milch ihrer selbstgehaltenen Ziegen geniessen. Ebenso war eine Brunnenverseuchung nach der ganzen Verbreitungsart der Krankheit vollständig auszuschliessen.

Alle Erkrankten hatten ausnahmslos nur das Eine gemeinsam, dass sie auf den Rieselfeldern beschäftigt waren, die Meisten ununterbrochen, ein Theil derselben zeitweise. Die Feststellungen drängten zu der Annahme, dass auf der Arbeitsstätte auch die Infektionsquelle zu suchen sei. Selbst wenn man geneigt wäre, bei den in Gatow wohnenden Kranken eine persönliche, durch die Ermittelungen nicht aufgeklärte, etwa durch ambulatorische oder Kindertyphen bedingte Uebertragung der Krankheitskeime für nicht unmöglich zu erklären, wie seitens der Charlottenburger Verwaltung angenommen wird, so ist diese Uebertragungsart bei den fast gleichzeitig in den anderen den Rieselfeldern benachbarten Orten

Karolinenhöhe, Gross-Glienicke und selbst Spandau aufgetretenen Erkrankungen mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Eine persönliche Uebertragung auf den Rieselfeldern selbst aber, an die man bei oberflächlicher Betrachtung der Verhältnisse denken könnte, ist schon deshalb ganz unmöglich, weil die Arbeitsstätten der einzelnen erkrankten Personen nach genauen Ermittelungen fast durchweg weit von einander entfernt lagen und einen Verkehr der Arbeiter nicht gestatteten.

Die Annahme, dass die Ansteckungsquelle auf den Rieselfeldern zu suchen sei, findet eine weitere Stütze in der Art des Rieselbetriebes. Das Rieselgut ist kein geschlossenes, das Gelände wird vielmehr in vielen Parzellen an Privatpersonen verpachtet. Zu den Pächtern gehören die meisten Gatower Besitzer, sowie in Gross-Glienicke, Cladow, Spandau und selbst in Charlottenburg ansässige Personen. In Gatow existirt kaum ein Einwohner, der zu den Rieselfeldern nicht in Beziehung stände. Die Arbeit auf den Rieselfeldern ist an keine Zeit gebunden. Das Personal der Pächter muss dort zu jeder Zeit, zuweilen, wie ich mich persönlich zu überzeugen Gelegenheit hatte, während der Berieselung, im Rieselwasser stehend, arbeiten. Die Arbeiter sind weiterhin in der Mehrzahl gezwungen, einen Theil ihrer Mahlzeiten auf den Arbeitsstätten einzunehmen, ohne dass ihnen Gelegenheit zur Reinigung ihrer mit den Rieselwässern in Berührung gewesenen Hände gegeben ist. Ich denke, wenn man eine Existenzfähigkeit der erfahrungsgemäss sehr widerstandsfähigen Typhuskeime im Rieselwasser als wahrscheinlich annimmt, dann ist die Infektionsgelegenheit unter den geschilderten Umständen die günstigste und eine geradezu unvermeidliche. Dass thatsächlich nicht mehr Infektionen stattfinden, mag seine Erklärung darin finden, dass die Rieselwässer wohl nicht jederzeit Typhuskeime enthalten, ihr Gehalt an solchen vielmehr je nach dem Vorhandensein von Typhuserkrankungen im Ursprungsgebiet der Wässer zeitlichen und örtlichen Schwankungen ausgesetzt sein dürfte.

Auch das zeitliche Zusammenfallen der ersten Typhuserkrankungen mit dem Beginn der eigentlichen Berieselung stützt die Annahme eines Zusammenhanges.

Ob die Erkrankten Drainwasser genossen haben, ist nicht in allen Fällen festgestellt, doch gehört es nach den Mittheilungen der Ortseinwohner zu den Gepflogenheiten der Arbeiter, ihren Durst mit diesem Wasser zu löschen. Sie sind hierzu auch geradezu gezwungen, da sie meist den ganzen Tag auf den Feldern arbeiten und ein anderes, einwandfreies Trinkwasser ihnen bisher nicht zu Gebote stand.

Zu den Rieselfeldarbeiten gehört auch die Abfuhr von Rieselschlamm als Dungmittel für die Ackerfelder. Wenn sich derselbe in den Staubassins bis zu einer bestimmten Höhe abgesetzt hat, wird er nach Ablassen der flüssigen Bestandtheile durch Schieber in besondere benachbarte Bassins geschoben. Hier erfolgt die Verladung zum Transport auf die Felder. Da die Verwendung dieses Schlammes als Dungmittel meist nur zu bestimmten Zeiten erfolgen kann, so ist es unvermeidlich, dass sich derselbe zeitweise in grossen Mengen ansammelt, zeitweise hingegen in noch dünnbreiigem Zustande auf gewöhnlichen undichten Bretterwagen befördert werden muss. Auf diese Weise ist ein Verschütten und Durchsickern des Schlammes auf dem Transport unvermeidlich. Wenn man annehmen darf, dass vorhandene Typhuskeime mit den festen Bestandtheilen zu Boden sinken, so ist hieraus die Infektionsgefahr, welche die Manipulationen mit dem Schlamm mit sich bringen, ohne Weiteres verständlich.

Skeptiker werden freilich auch gegen die vorliegenden Beobachtungen den Einwand erheben, dass in keinem einzigen Falle der Nachweis von Typhuskeimen in den Riesel- und Drainwässern, sowie in dem Schlamm erbracht worden ist und dass demnach die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges auf „willkürlichen Vermuthungen" basire.

Die gleichen Einwendungen könnte man bei allen Infektionskrankheiten erheben, deren Erreger noch nicht bekannt sind, also überhaupt nicht nachgewiesen werden können. Wir wissen vom Scharlach, dessen Keime wir noch nicht kennen, dessen Uebertragbarkeit aber durch klinische und epidemiologische Beobachtungen ausser Zweifel steht, dass er durch allerlei vermittelnde Gegenstände von einer Person auf die andere Verbreitung finden kann. Für die Diphtherie ist diese Uebertragungsart durch einwandfreie bakteriologische Untersuchungen sichergestellt. Auf Grund welcher Erfahrung sollte eine Uebertragung des Typhus durch Vermittelung von Rieselwässern, zumal wenn die begleitenden Umstände des Einzelfalles dafür sprechen, in Abrede gestellt werden? Dass die Fäkalien einer Stadt von 200 000 Einwohnern periodenweise Typhuskeime enthalten, dürfte nur dann in berechtigte Zweifel zu ziehen sein, wenn dieselbe überhaupt niemals Typhuserkrankungen aufzuweisen hat, was bei den heutigen Verkehrsverhältnissen wohl auszuschliessen ist. Meines Wissens sind in Charlottenburg bisher in jedem Jahre Typhuserkrankungen zu verzeichnen gewesen. Setzen wir aber das Vorhandensein von Typhuskeimen in der Rieseljauche als höchstwahrscheinlich voraus, so müssen wir auch jederzeit mit der Möglichkeit einer Krankheitsübertragung durch dieselbe rechnen, ebenso wie wir den Abort- und Grubeninhalt eines jeden Gehöftes, auf welchem eine Typhuserkrankung vorliegt, als mit Typhuskeimen durchsetzt erachten und dessen Desinfektion anordnen. Der Einwand, dass Uebertragungen von Typhus durch Beförderung resp. Räumung verdächtigen Abortinhalts nicht vorkommen, ist durch vielfache Beobachtungen widerlegt und liesse übrigens noch nicht den Schluss zu, dass auch eine Typhusübertragung durch Rieselwässer unwahrscheinlich sei. Die Räumung von Abortgruben und Beförderung ihres Inhalts auf die Felder ist auf dem Lande eine verhältnissmässig seltene Arbeit und führt nicht zu so häufiger Kontaktgelegenheit, wie die tägliche Beschäftigung auf den Rieselfeldern.

Eine bakteriologische Untersuchung der Rieselwässer, Drainwässer, sowie des Rieselschlammes ist in Gatow nicht erfolgt. Eine solche ist für die jeweilige Einzelerkrankung wegen der langen Inkubationszeit nicht möglich, doch würde der Nachweis der Keime durch periodische, namentlich während der Berieselung in den heissen Sommermonaten vorzunehmende Untersuchungen volle Beweiskraft haben. Zur Uebernahme solcher Untersuchungen hat sich das Institut für Infektionskrankheiten (Prof. Proskauer, Prof. Elsner) in entgegenkommender Weise bereit erklärt. Sie werden bei positivem Ausfall zwar die Beweiskette zu schliessen, bei negativem Ergebniss aber die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges nicht zu widerlegen im Stande sein.

Es frägt sich nun, in welcher Weise wir den gesundheitlichen Gefahren, welche die Rieselfeldarbeiten mit sich bringen, am wirksamsten begegnen. Das beste Mittel wäre zweifellos die Einführung eines geschlossenen, einheitlich geleiteten, von geübten und mit den gesundheitlichen Gefahren wohlvertrauten Arbeitern ausgeführten Rieselbetriebes. Jeder Rieselwärter, jeder Rieselarbeiter muss dahin instruirt sein, dass die Rieselwässer, die Drainwässer und der Rieselschlamm Krankheitskeime enthalten können, die während der Arbeit auch gelegentlich an den Händen, Kleidern und dem Schuhwerk haften bleiben und durch diese weiter verbreitet werden, und dass eine Uebertragung dieser Keime nur durch pein-

lichste Sauberkeit, vornehmlich bei der Einnahme der Mahlzeiten, vermieden werden kann. Zur Durchführung der erforderlichen Reinlichkeit muss aber allen auf den Rieselfeldern beschäftigten Personen ein einwandfreies Trink- und Waschwasser in hinreichender Menge und in bequemer Erreichbarkeit zur Verfügung gestellt werden, sonst wird sie der Durst trotz aller Verbote immer wieder zwingen, zum Drainwasser ihre Zuflucht zu nehmen.

Die allen hygienischen Fortschritten und Verbesserungen geneigte Stadt Charlottenburg hat sich auch bezüglich des Rieselbetriebes durchaus bereit erklärt, die seitens der Regierung empfohlenen Aenderungen vornehmen zu lassen. Das städtische Rieselpersonal wurde mit durchaus zweckentsprechenden Verhaltungsmassregeln versehen. Die Anlage einwandfreier Tiefbrunnen in hinreichender Anzahl unter Ausschaltung der Berieselung in deren nächster Umgebung ist bereits in die Wege geleitet.

Der Aenderung des Rieselbetriebes im Sinne einer geschlossenen Selbstverwaltung stehen indessen schwer zu überwindende wirthschaftliche Hindernisse entgegen. Ein Ausschluss der grösseren Orte Spandau und Charlottenburg von Rieselfeldpachtungen im Interesse einer Beschränkung und besseren Uebersichtlichkeit des Verkehrs auf den Rieselfeldern ist indessen als durchaus durchführbar zu bezeichnen. Auch Afterverpachtungen, wie sie vereinzelt üblich sind, müssten aus gleichen Gründen untersagt werden. Die Beförderung des Rieselschlammes dürfte nur in dichten Kastenwagen gestattet werden. Auch die Pächter und deren Arbeiter müssen seitens der Polizeiverwaltungen mit Instruktionen versehen werden.

Der Gefahr der Entstehung grösserer Epidemieen muss durch strenge Durchführung aller erforderlichen sanitätspolizeilichen Schutzmassregeln, namentlich durch gewissenhafteste Ausübung der ärztlichen Meldepflicht und möglichst schleunige amtsärztliche Untersuchung jedes einzelnen Erkrankungsfalles vorgebeugt werden.

Aus der Ohrenabtheilung der Königl. Universitätpoliklinik zu München.

Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung.

Eine kleine Studie für Aerzte und Sachverständige.

Von

Professor Dr. **Rud. Haug.**

(Fortsetzung.)

Wir haben jetzt noch die Luftdruckserschütterungen, die ohne Ruptur des Trommelfelles, aber dafür häufig mit Labyrintherschütterung einhergehen, bezüglich ihrer Erscheinungen und ihres Verlaufes zu erörtern.

Die objektiven Merkmale sind am Trommelfelle sehr häufig ausserordentlich geringe, indem sich nur etliche disseminirte Blutpunkte an verschiedenen Plätzen der Membran zeigen, dann und wann etwas grössere. In einzelnen Fällen (häufiger bei Luftverdichtung von innen her) finden wir, ohne dass an der Aussenseite der Membran besondere Blutungen sichtbar sind, das Trommelfell stark abgeflacht oder direkt vorgebaucht, dabei eine bläuliche oder rothe durchscheinende Färbung aufweisend. Es handelt sich um einen Bluterguss in die Trommelhöhle, ein Hämatotympanum, das wir später bei Gelegenheit anderer Verletzungen näher zu besprechen haben werden.

Sehr oft aber treffen wir am Trommlfell überhaupt keine objektiv dem Auge wahrnehmbare Veränderung, vielleicht einen geringen Injektionsstreifen längs des Hammergriffes ausgenommen.

Trotz dieses so oft absolut negativen Trommelfellbefundes ist die Schwerhörigkeit dagegen gewöhnlich eine sehr hochgradige, ja häufig genug sind die Patienten auf der betreffenden Seite auch für laute Umgangssprache ganz taub. Der Schwindel, die Koordinationsstörungen, die sich bei der unkomplizirten Ruptur lediglich als momentane oder wenigstens relativ bald vorübergehende Erscheinungen dokumentirten, halten sich längere Zeit nach diesem Trauma noch in beinahe ungeschränkter Intensität, um erst nach wochen- oder monatelanger Persistenz an Stärke abzunehmen oder zu verschwinden.

Es ist selbstverständlich, dass die Intensität dieser letzteren Symptome in verschiedenen Grenzen sich bewegen kann von langedauernden leichten Gehstörungen und leichtem Schwindel bis zu einem Grade, der dem Patienten die willkürliche Bewegung im äussersten Masse beschränkt.

Fast ausnahmslos sind starke subjektive Geräusche, deren verschiedenartigen Charakter (Brummen, Sausen etc.) wir bereits früher kennen gelernt haben, vorhanden und zwar sind sie kontinuirlich für den Patienten, zu seiner Qual, hörbar; sie sind nicht intermittirend und gerade hierdurch unterscheiden sie sich von anderweitigen Ohrgeräuschen und dokumentiren ihren Ursprung innerhalb des Labyrinth- und Hörnervenstammgebietes. Sehr häufig sind sie nicht blos anfänglich, für die erste Zeit nach dem Trauma hörbar, sondern verlieren sich überhaupt nicht mehr; sie bleiben, wenn auch dann und wann ihre Intensität etwas abnimmt, und sehr oft kommt es vor, dass diese Geräusche nebst der Schwerhörigkeit bezw. Taubheit überhaupt die einzigen Symptome sind, die als Folge der Läsion empfunden und gefunden werden.

Nur bei den leichteren bis mittleren Graden des Traumas, bei welchen eine Ausgleichung der durch die starke Erschütterung verursachten molekularen Veränderungen der Ausbreitung des Hörnerven, eine allmähliche Wiedererholung sich einstellte, pflegen sich Harthörigkeit oder Taubheit zu verlieren oder bedeutend zu bessern; Hand in Hand kann damit gehen die Minderung oder das Verschwinden der subjektiven Empfindungen, obschon gerade sie, auch bei leichteren Läsionen schon, nicht selten trotz Besserung des Hörvermögens für Lebenszeit bestehen bleiben.

Bei den schweren Kommotionen hingegen ist es im Allgemeinen eine Ausnahme, wenn sich das Hörvermögen wieder bessert oder annähernd zur Norm zurückkehrt; in bei Weitem den meisten Fällen bleibt die Hörfunktion vernichtet oder wenigstens stark beeinträchtigt. Gewöhnlich verhalten sich die subjektiven Geräusche völlig analog und nur mitunter sehen wir, dass das Ohr taub bleibt, die Geräusche aber schwinden oder sich vermindern.

Nicht vergessen dürfen wir, dass sich unter Umständen die subjektiven Geräusche nicht sofort an das Trauma anschliessen, sondern erst in der Folgezeit, nach Tagen und Wochen zur Beobachtung gelangen; das ist aber selten der Fall. Schwer fällt bei all diesen Läsionen oft die nervöse Disposition des betroffenen Individuums in die Waagschale (siehe Begutachtung). Und wir dürfen weiter nicht ausser Acht lassen, dass in vielen Fällen wohl ein Trauma angeschuldigt wird, trotzdem aber einfache Simulation vorliegt: ihre Würdigung werden wir ebenso später finden.

Wir haben nun noch der für die Diagnose der traumatischen Labyrintherschütterung unerlässlichen Prüfung eines wichtigen Zeichens Erwähnung zu thun, der Prüfung der Perzeption der Stimmgabeltöne (vide auch Begutachtung). Es wird nämlich in den Fällen von reiner Labyrintherschütterung, bei vorher gesundem Ohr, der Ton einer auf den Scheitel auf-

gesetzten, schwingenden Stimmgabel nicht in dem verletzten Ohre, sondern im gesunden oder besseren Ohr vernommen. Zudem ist die kraniotympanale Leitung durch die Schädelknochen, nicht durch die Luft oft in hohem Grade verkürzt schon beim gerade angedeuteten Weber'schen Versuche und fällt dann nicht selten bei Ausführung des Rinne'schen Versuches absolut aus, so dass also ein derartiger Patient die auf den Warzenfortsatz aufgesetzte, klingende Gabel durch die Knochenleitung auf der affizirten Seite überhaupt nicht hört; auch die Luftleitung pflegt häufig sehr dabei herabgesetzt zu sein, indem die vom Warzenfortsatz weggenommene, noch schwingende (nicht etwa neuerdings angeschlagene) Gabel nun vor dem Ohre in die Gehörgangsaxe gebracht, kürzere Zeit wahrgenommen wird, als unter normalen Verhältnissen. Es ist dieses Verhältniss natürlich bei verschieden hohen Stimmgabeln verschieden.

Um so wichtiger aber für die Diagnose wird dieser hier ausgeführte Ausfall des Rinne'schen Versuches, wenn sich schon Veränderungen am Schallleitungsapparate nachweisen liessen, mögen diese nun dem Trauma zur Last fallen (Ruptur, Blutungen) oder in früheren Prozessen (starke Trübung, Einziehung des Trommelfells, Verkalkungen, Abdhäsionen, Perforationen u. s. w.) ihren Grund haben. Denn gerade bei derlei relativ reinen Affektionen des Schallleitungsapparates sollte ja eigentlich gerade das Gegentheil im Allgemeinen als Resultat herauskommen: die auf den Warzenfortsatz aufgestellte, angeschlagene Gabel sollte viel länger durch die Knochenleitung gehört werden als durch die Luftleitung, die normale Dauer der Perzeption durch den Knochen sollte um ein Gewisses überschritten werden, während die unmittelbar darauf ohne erneuten Anschlag geprüfte Luftleitung in ungefähr normalen Grenzen sich hält, also ein sogenannter negativer Ausfall des Rinne'schen Versuches. Es kann auf die Ausführung dieser Versuche nie verzichtet werden, wenn man überhaupt zu einer annähernd entsprechenden Diagnose kommen soll und will.

Bezüglich der dritten Gruppe, der Labyrinthkommotionen mit gleichzeitiger Ruptur können wir uns sehr kurz fassen, wir müssten nur wiederholen.

Alle ihre Erscheinungen entsprechen denen der zwei vorausgehend geschilderten Läsionsgruppen in der Weise, dass sie eben kombinirt auftreten, dass eine gegenseitige Addition zu Tage tritt. Es ist selbstverständlich, dass es oft genug hierbei zu einem Ueberwiegen des einen oder andern Theiles kommen kann, so dass das eine Mal neben leichten Irritationszuständen des schallperzipirenden Apparates schwere Läsionen der Schallleitung gegeben sind und umgekehrt. Und hier gerade fallen die kurz vorher bei Gelegenheit der Erläuterung des Rinne'schen Versuches schon angedeuteten Resultate der Stimmgabeluntersuchung, das Hinübertreten des Tones auf die gesunde Seite trotz Vorhandensein eines konstatirten traumatischen Defektes im Trommelfelle, die Verminderung der Knochenleitung u. s. w. schwer in die Waagschale. Nicht zu vergessen ist, dass sich Blutergüsse in das Labyrinth von einer einfachen Erschütterung desselben unterscheiden, indem im ersten Falle die Hörstörungen sehr häufig noch zuzunehmen pflegen und mit anhaltendem Schwindelgefühl verbunden sind, während im zweiten sich die Hörstörungen eher zu vermindern geneigt sind, ebenso wie die Gleichgewichtsstörungen.

Ist schon bei Prognose der früher rubrizirten Verletzungen eine gewisse Reserve dringend geboten, so tritt diese noch viel mehr bei diesen Kombinationsläsionen in ihr Recht, um so mehr, als sich der Verlauf oft ganz anders gestaltet, als man, den ursprünglichen Verhältnissen entsprechend, anzunehmen geneigt war. Kommt es doch, in allerdings seltenen Fällen, zur Beobachtung, dass Fälle, die anfänglich als beinahe aussichtslos gelten konnten, die in den ersten Tagen der Läsion des Trommelfells Taubheit, verbunden mit intensiven Geräuschen und Koordinationstörungen aufweisen, sich im Lauf der nächsten Wochen und Monate so bessern, dass man sicher hoffen kann, eine nahezu vollständige Restitution zu erzielen. Aber auch umgekehrt sehen wir, dass scheinbar leichte Kombinationsläsionen innerhalb der folgenden Beobachtungszeit erst schwere Folgen zeitigen, insbesondere, wenn sich eine Infektion zur Verletzung gesellt. Auch eine vorerst nur mässig gewesene Herabsetzung der Hörfähigkeit kann sich nun erst gradation verschlechtern bis zur Taubheit, was besonders gerne eintreten kann bei Ohren, die vordem schon nicht mehr ganz normal funktionirt hatten.

Im Allgemeinen aber verlaufen derartige Läsionen so, dass die gesetzte Ruptur innerhalb einer kurzen Frist zur Ausheilung gelangt, dass aber die Schwerhörigkeit bezw. Taubheit sich nur verhältnissmässig wenig bessert. Es bleibt also sehr oft eine dauernde hochgradige Herabsetzung des Hörvermögens als Folge da, und diese Minderung ist begleitet von subjektiven Geräuschen, die, zur Qual ihrer Inhaber, nicht weichen noch wanken.

(Schluss folgt.)

Enophthalmus traumaticus.

Krankenvorstellung in der Berliner ophthalmologischen Gesellschaft am 26. Juni 1902.

Von
Dr. **Loeser**-Berlin,
Augenarzt.

Meine Herren!

Der Enophthalmus traumaticus kommt so selten zur Beobachtung — es sind in der Gesammtliteratur bisher nur 53 Fälle[1]) beschrieben worden —, dass ich mir erlauben möchte, Ihnen einen Patienten vorzustellen, der ein interessantes Bild der genannten Affektion darbietet.

Es handelt sich um einen 27jährigen Tischler, Gustav B., der am 27. April mit der Klage über Doppelsehen zu mir kam. Er gab an, dass er Anfang Januar 1902 einen Faustschlag gegen das rechte Auge erlitten hatte, der Schlag habe hauptsächlich die äussere und obere Partie der Augenhöhlenwandung getroffen. Pat. ist nicht bewusstlos gewesen, auch erfolgte kein Blut- resp. Flüssigkeitserguss aus Nase, Mund oder Ohr. Die Lider und die angrenzende Nasen-Wangengegend schwollen stark an, und als nach 3 Tagen das Auge zum ersten Male wieder geöffnet werden konnte, sah Patient Alles doppelt; es habe sich im Wesentlichen um übereinanderstehende Bilder bei allen Blickrichtungen gehandelt. Gleichzeitig habe er bemerkt, dass das Weisse des Auges blutroth verfärbt gewesen sei, so dass er wegen der Entstellung noch 14 Tage lang eine Klappe vor dem Auge getragen habe. Als nach Ablauf dieser Zeit das Blut zum grössten Theile aufgesaugt und die Klappe weggelassen war, sei ihm und seiner Umgebung sogleich aufgefallen, dass das rechte Auge tiefer in die Augenhöhle eingesunken und seine Pupille merklich weiter sei als die linke. In der Folgezeit sei nach seiner und der Mutter Angabe eine geringe Besserung eingetreten.

Der Befund, den ich bei der ersten Untersuchung am 27. April erheben konnte, stimmt so vollkommen mit dem heutigen Status überein, dass ich mich auf die Demonstration

[1]) Lederer (Ueber traumat. Enophthalmus und seine Pathogenese, v. Graefe's Archiv, Bd. 53, Heft III, p. 241) hat 52 Fälle zusammengestellt. Dazu kommt noch ein neuer von Bistis (Zentralblatt f. prakt. Augenheilkunde, März 1902).

des Symptomenkomplexes beschränken kann, wie ihn der Kranke heute darbietet.

Sie sehen zunächst das r. Auge deutlich zurückgesunken, so dass die Lidspalte etwas schmaler, das Auge im Ganzen etwas kleiner erscheint. Das dem zurückgesunkenen Augapfel aufliegende Oberlid, das in seiner Bewegungsfähigkeit ungestört ist, erscheint etwas verbreitert und lässt unter dem Supraorbitalrand eine tiefe, furchenartige Einsenkung erkennen, die links fehlt (Fig. 1[1]); noch deutlicher wird dieser Relief-Unterschied bei geschlossenen Augen, und Sie sehen, wie viel flacher im Vergleich zu der gesunden Seite die durch den Augapfel bedingte Vorwölbung des rechten Oberlides ist (Fig. 2). Schliesslich haben wir bei der Seitwärtsbewegung des Augapfels nach rechts noch ein weiteres Kriterium für seine tiefere Lage in der Augenhöhle. Wir sehen nämlich, wie sich bei der äussersten Rechtswendung zwischen dem äusseren Lidwinkel und der Bulbuswandung eine tiefe, taschenförmige Einsenkung bildet, während sich auf der gesunden Seite die Lider dicht an den in gleicher Stellung befindlichen Augapfel anschmiegen. Bei der ersten Untersuchung war diese Erscheinung noch deutlicher ausgeprägt, während in der Zwischen-



Fig. 1.



Fig. 2.

zeit eine gewisse Adaption stattgefunden zu haben scheint; immerhin ist der Unterschied gegen links auch heute noch evident.[2]) Ich halte dieses Symptom, das ich bisher nicht erwähnt fand, deshalb für bemerkenswerth, weil sein Vorhandensein möglicher Weise differentialdiagnostisch gegenüber den gar nicht seltenen angeborenen Entwicklungsasymmetrieen Verwendung finden kann. Und dass solche Unterscheidungsmomente von praktischer Wichtigkeit sind, habe ich erst vor wenigen Wochen bei der Begutachtung eines entsprechenden Falles erfahren.

Für unseren Fall können Sie übrigens auch noch an einer aus der Militärzeit stammenden Photographie erkennen, dass vor dem Unfall eine augenfällige Differenz in der Lage der Bulbi nicht bestanden hat (Demonstration). Die sonstigen Störungen, die bei dem Kranken nachweisbar sind, betreffen ausschliesslich den Muskelapparat. Schon bei der gröberen Beweglichkeitsprüfung erkennen Sie, dass der r. Bulbus beim Blick nach rechts[3]) ein wenig, nach oben[4]) und unten[5]) beträchtlich zurückbleibt, während die Exkursionsfähigkeit nach innen nicht beschränkt zu sein scheint. Eine genaue Untersuchung der Doppelbilder[1]), deren Analyse bei der Multiplizität der Lähmung nicht einfach war, zeigt indessen, dass auch der r. internus in geringem Masse von der Lähmung mitergriffen ist.

[1]) Für die Anfertigung der Photographieen sage ich Herrn Dr. G. Flatau auch an dieser Stelle meinen Dank.

[2]) Fig. 1 lässt ihn übrigens an der stärkeren Schattenbildung am äusseren Lidwinkel schon bei geradeaus gerichtetem Blick erkennen.

[3]) Der Kornealrand bleibt ca. 2 mm vom Lidwinkel entfernt, während er diesen links erreicht.

[4]) Differenz zwischen unterem Kornealrand und Lidrand bei ganz erhobenem Blick links = $5^1/_2$ mm, rechts = 2 mm.

[5]) Bei ganz gesenktem Blick bleibt rechts $^2/_3$, links nur höchstens $^1/_3$ der Kornea frei sichtbar.

Schliesslich sehen Sie noch die r. Pupille deutlich weiter als die linke, während die Reaktion auf Licht und Konvergenz prompt erhalten ist.

Hinzuzufügen hätte ich nur noch, dass die Akkommodation, Sehschärfe, Gesichtsfeld, der Tonus und der ophthalmoskopische Befund ganz normales Verhalten zeigen, und dass sonstige Störungen, speziell von Seiten des Nervensystems nicht vorliegen.

Die Diagnose bedarf, nachdem Sie sich von dem geschilderten Symptomenkomplex überzeugt haben, keiner näheren Begründung; denn wir haben die typische[2]) Aetiologie für das Zustandekommen der Lageanomalie, und auch die vorliegenden Begleiterscheinungen sind, wenn auch in anderer Kombination, mehrfach beschrieben worden; differentialdiagnostisch kommt also etwas Anderes gar nicht in Betracht.

Mit der Aufzählung der verschiedenen und zahlreichen

[1]) Die Prüfung der Doppelbilder hat Folgendes ergeben:
In der Ruhelage der Augen wird nur einfach gesehen. Beim Blick gerade nach oben steht das Bild des rechten Auges höher und eine Spur nach links, der Höhenunterschied wächst mit der Blickhebung. Beim Blick gerade nach unten steht das Bild des rechten Auges tiefer, und rückt mit der Blicksenkung weiter nach unten und ein wenig nach rechts. Bei horizontaler Blickbewegung nach rechts: gleichnamige, gleichhochstehende Doppelbilder, die sich mit der Zunahme der Seitwärtswendung immer mehr von einander entfernen. Bei horizontaler Blickbewegung nach links: zunächst Einfachsehen; erst bei ziemlich extremer Seitwärtswendung Auftreten gekreuzter, gleichhochstehender Doppelbilder, die bei vermehrter Linksbewegung der Augen sich weiter von einander entfernen. Beim Blick nach rechts oben: starke Höhendifferenz; das Bild des rechten Auges steht höher und ein wenig nach rechts. Beim Blick nach rechts unten: das Bild des rechten Auges steht tiefer und weiter nach rechts. Beim Blick nach links oben: keine Höhendifferenz; das Bild des rechten Auges steht nach links; mit zunehmender Blickhebung grössere seitliche Distanz. Beim Blick nach links unten: das Bild des rechten Auges steht tiefer und nach links. Eine Raddrehung des Auges konnte trotz der sehr präzisen Angaben des Kranken nicht festgestellt werden, ist aber auch gar nicht zu erwarten, da sich der rectus sup. und inferior in Bezug auf die Drehung des vertikalen Meridians ausgleichen. Aus dem Fehlen der Raddrehung musste auch eine normale Funktion der Mm. obliqui geschlossen werden; ihre gleichzeitige Lähmung, die wegen ihrer entgegengesetzten Drehwirkung auf den vertikalen Meridian des Auges gleichfalls seine normale Stellung erklären würde, ist deshalb nicht anzunehmen, weil beim Blick nach links oben jede Höhendifferenz fehlt, die bei einer Betheiligung des rechten obliqu. inf. gerade da am ausgesprochensten sein müsste.

So kommen wir durch das Fehlen der Raddrehung, auf das in unserem Falle wegen der äusserst genauen Angaben des Untersuchten sicherer diagnostischer Werth gelegt werden kann, zu einer genauen Analyse der komplizirten Muskellähmung; zudem stimmen mit unserer Annahme sowohl die Ergebnisse der Beweglichkeitsprüfung (s. o.) als der Doppelbilder überein. (Dass r. oben und r. unten gleichnamige Doppelbilder auftreten, und nicht gekreuzte, wie sie bei unkomplizirter Parese der recti sup. resp. inf. auftreten würden, liegt an der Abducensparese resp. der durch sie bedingten relativen Konvergenz des r. Auges; und in ganz ähnlicher Weise erklären sich auch die übrigen geringfügigen Abweichungen von der Regel.)

[2]) Die Traumen (Hufschlag-, Wurf-, Stoss-, Sturz- etc. Verletzungen), die zum Enophthalmus führen, betreffen fast ausschliesslich die Stirn- oder Schläfengegend in der Umgebung des Auges.

Theorieen über die Pathogenese des Enophthalmus traumaticus will ich Sie nicht lange aufhalten und in dieser Beziehung auf die umfassende Arbeit von Lederer[1]) verweisen, wo auch die gesammte Literatur angeführt ist; nur die wesentlichen Punkte möchte ich kurz hervorheben.

Die einen Autoren nehmen zur Erklärung des Enophthalmus eine durch Fraktur bedingte Erweiterung des Fassungsraumes der Orbita an, so dass der atmosphärische Druck den Augapfel tiefer in die Augenhöhle hineinpresse; andere führen ihn auf entzündliche Prozesse in der Tiefe der Orbita zurück, bezw. auf eine Retraktion durch narbige Schrumpfung des orbitalen Zellgewebes; wieder andere beschuldigen eine Läsion der sympathischen Nerven, indem sie sich besonders auf die Resultate der physiologischen Experimente und klinische Erfahrungen stützen, wie sie z. B. die zur Heilung des Glaukoms geübte Resektion des Halssympathikus gelehrt hat; man hat in solchen Fällen bekanntlich Enophthalmus, Verengerung der Pupille und Ptosis auftreten sehen. Schliesslich wurde der Enophthalmus in einigen Fällen auf eine Paralyse der beiden Mm. obliqui zurückgeführt, wodurch der nach vorn wirkende Zug[2]) der genannten Muskeln in Wegfall und in Folge dessen die Einsenkung des Bulbus in die Orbita zu Stande käme.

Allen diesen Theorieen haftet der gemeinsame Fehler an, dass sie keinen Anspruch auf allgemeine Giltigkeit machen können, sondern meistens nur dem einzelnen Falle gerecht werden, zu dessen Erklärung sie von den betreffenden Autoren aufgestellt wurden. Das hat auch Ledorer[3]) in seiner kritischen Besprechung aller bisher veröffentlichten Fälle gezeigt, und ich stimme ihm vollkommen bei, wenn er für eine befriedigende Erklärung ein ätiologisches Moment fordert, das nicht nur das in allen Fällen wiederkehrende Hauptsymptom, den Enophthalmus, sondern auch seine wechselnden und vielgestaltigen Begleiterscheinungen zu erklären geeignet ist, seien es Lähmungen der äusseren Augenmuskeln, Pupillenveränderungen, Störungen der Akkommodation oder Sehkraft, Läsionen des Sehnerven, Gefühlsstörungen in der entsprechenden Gesichtshälfte etc.

Auf Grund einer sorgfältigen Berücksichtigung dieser Nebenerscheinungen, wie sie in den bisher bekannt gewordenen Fällen von Enophthalmus traumaticus vorlagen, kommt Lederer zu folgender Anschauung,[4]) die er im Einzelnen ausführlich begründet: Die Verletzung führt zunächst zu einer, sei es direkten, sei es fortgesetzten oder indirekten Fraktur der Orbitalwände. Diese hat einen Bluterguss in das orbitale Gewebe zur Folge mit Zerreissung desselben und nachfolgender Narbenbildung, welche ihrerseits zur Retraktion des Augapfels führt. Theils auf direkte gleichzeitige Läsion der einzelnen Orbitalgebilde durch die Blutung, eventuell auch durch Knochenfragmente, theils aber auf die Mitleidenschaft der den Orbitalwänden jeweils benachbarten Gebilde bei der Vernarbung der Orbitalwandbrüche sind all die mannigfaltigen Begleiterscheinungen des traumatischen Enophthalmus zurückzuführen."

Ich glaube, dass diese Auffassung über die Pathogenese des Enophthalmus traumaticus am einfachsten und ungezwungensten alle seine Erscheinungsformen erklärt, und den Vorzug vor allen anderen verdient, auch wenn sie durch eine anatomische Untersuchung, die bisher überhaupt fehlt, noch nicht gestützt werden konnte.

[1]) l. c.

[2]) Die Lähmung der entgegengesetzte Zugwirkung ausübenden Mm. recti spielt vielleicht in unserem Falle für das Zustandekommen eines relativ nur geringen Grades von Enophthalmus eine Rolle.

[3]) l. c.

[4]) l. c. p. 273.

Was die ärztliche Begutachtung eines traumatischen Enophthalmus bezüglich der Erwerbsbeeinträchtigung betrifft, so ist zu bemerken, dass die Lageanomalie des Bulbus an sich — die übrigens einer Besserung kaum zugänglich ist — keinerlei Funktionsstörungen bedingt. Schädliche Folgen für den Gebrauch des Sehorgans können ausschliesslich aus den Begleiterscheinungen resultiren, deren Mannigfaltigkeit, verschiedenartige Dignität und Dauer in jedem einzelnen Falle eine besondere Beurtheilung nothwendig machen wird.

Aus dem Kreiskrankenhaus in Hoya a. W.

Bericht über zwei interessante Schrotschussverletzungen.

Von

Dr. **H. Kühn**-Hoya.

Im Laufe des Jahres 1901 hatte ich Gelegenheit, die im Folgenden mitgetheilten zwei Verletzungen zu beobachten, die entstanden waren durch Schrotschüsse, die aus allernächster Nähe in Folge der oft gerügten Spielerei mit Schusswaffen auf die Verletzten abgegeben waren. Der erste Fall brachte dem Angeklagten $1^1/_2$ Jahr Gefängniss ein wegen Körperverletzung mit tödtlichem Ausgang, der zweite Fall hatte, wegen des wunderbar günstigen Ausganges der Verletzung, kein gerichtliches Nachspiel. Die Verletzungen sind folgende:

1. Der erste Fall betrifft eine schwere Weichtheilverletzung der linken Hüftgegend mit Absprengung eines Theiles des grossen Rollhügels und Verletzung des Hüftgelenks; im Anschluss daran schwerste Septikämie und Tod nach gut acht Wochen.
2. Der zweite Fall betrifft eine Schrotverletzung des Gesichtes und besonders beider Augen.

Am 18. Juni 1901 erhielt die auf einem benachbarten Gute dienende Magd Marie C. aus einer Entfernung von höchstens 1 m eine volle Schrotschussladung aus einer Lefaucheux-Doppelflinte in die linke Hüftgegend. Da Pat. sogleich nach erhaltener Verletzung ins hiesige Kreiskrankenhaus gebracht wurde, so konnte ich den Fall von Anfang bis zu Ende klinisch genau beobachten. Ich gebe nun im Folgenden, um Wiederholungen zu vermeiden, nicht die genaue Krankengeschichte, sondern das auf Grund derselben abgegebene gerichtsärztliche Gutachten gleich wieder; daran schliesse ich das Wichtigste aus dem Obduktionsbericht, um dann noch einige epikritische Bemerkungen über den ganzen Fall daran anzuschliessen.

Aerztliches Gutachten.

Der Staatsanwaltschaft bei dem Königl. Landgericht zu Verden gestatte ich mir durch Vermittelung Königl. Amtsgerichts zu Hoya folgendes Gutachten über die Todesursache der am 15. August d. Js. verstorbenen Dienstmagd Marie C. aus Sch. zu übersenden.

Die C. wurde auf meine Anordnung nach geschehener Verletzung am Nachmittag des 18. Juni d. Js. gegen $4^1/_2$ Uhr nach Anlegung eines Nothverbandes alsbald mittels eines Wagens nach dem hiesigen Kreiskrankenhaus überführt, wo sie bis zu ihrem Tode ärztlich von mir behandelt und beobachtet wurde.

Den Status praesens bei der Aufnahme schildert der Befundschein vom 4. August 1901. Pat. ist ein übermittelgrosses, sehr kräftiges Mädchen von starkem Knochenbau, kräftiger Muskulatur und reichlichem Fettpolster. Ihr Aussehen ist sehr bleich und elend, Puls sehr schwach und fre-

quent, Bewusstsein ist erhalten, sämmtliche Kleider wie Hemd reichlich mit Blut durchtränkt. Sie klagt über Schmerzen in der linken Gesässhälfte, am After und am linken Fuss, der kein Gefühl habe. Auf der linken Hüfte etwas unterhalb der vorderen oberen Hüftbeinspitze befindet sich ein ziemlich kreisrunder Hautdefekt von 4 cm Durchmesser mit fetzigen, schwarz verfärbten und verbrannten Rändern. Die diesen Defekt umgebende Haut ist im weiteren Umkreise von 4 cm ringsherum verbrannt und schwarz verfärbt. Im Bereich des Defektes liegt die schwärzlich verfärbte Muskulatur vor. So weit zunächst festzustellen, ist die Haut um die Wunde herum in weiterem Umfange (10—12—15 cm) von ihrer Unterlage losgelöst. Anscheinend sind die tieferen Weichtheile (Muskeln) erheblich verletzt. Ob die Knochen beschädigt sind, ist zunächst nicht zu konstatiren. Nach der Dorsalseite des Oberschenkels hin führt ein Wundkanal von mindestens 15 cm Länge. Im Uebrigen erscheint die ganze linke Gesässhälfte bedeutend verdickt im Vergleich zur rechten und glänzend. In der Gesässfalte links vom After und hinter demselben befindet sich eine schwarzblaue Hautverfärbung von ca. 5 : 8 cm Grösse; in ihrem Bereich liegen 3—4 feine Löcher, aus denen sich auf Druck zwei Schrotkörner entfernen lassen. Auch auf der rechten Gesässhälfte dicht neben dem After befinden sich einige feine Löcher. Alle diese Hautwunden, besonders die linksseitigen, bluten ziemlich erheblich. Die ganze linke Gesässhälfte ist auf Druck ausserordentlich empfindlich. An der Fusssohle dagegen ist die Gefühlsempfindung vollständig aufgehoben eben so wie die aktiven Bewegungen des Fusses und der Zehen. Der Befund ergab als Diagnose eine sehr schwere Weichtheilzerreissung an der linken Hüfte mit wahrscheinlich gleichzeitiger Verletzung des linken grossen Hüftnerven (nerv. ischiadicus).

Der weitere Verlauf gestaltete sich kurz folgendermassen und zwar zunächst für die Zeit vom 18. Juni bis 3. Juli d. Js.

In Folge der kolossalen Weichtheilzerreissung und Unterminirung fand in den ersten Tagen eine sehr reichliche, mit Blut und stark mit Fetttropfen, die aus dem zerquetschten Unterhautfettgewebe stammten, vermischte Absonderung statt; dazu entwickelte sich vom 19. Juni ab ein hohes Entzündungsfieber mit abendlichen Temperaturen bis 40° C. und morgendlichen Remissionen auf 38° C. Ferner bestand in der ersten Zeit Harnverhaltung und musste Pat. zweimal täglich katheterisirt werden. In Folge der unvermeidlichen Wundinfektion wurde die erst blutige Absonderung eiterig und höchst übelriechend. Das Aussehen der Einschusswunde wurde missfarbig und ganz besonders übelriechende Eiterung stellte sich aus den neben dem After liegenden Fisteln ein, aus denen sich bis jetzt und im weiteren Verlaufe zahlreiche theils wohlerhaltene runde, theils mannigfaltig gestaltete breit- und plattgedrückte Schrotkörner und Theile derselben entleerten. Auf der hinteren Seite des Oberschenkels bildete sich eine deutliche Schwellung heraus, die bald mehr bald weniger stark war. Am 26. Juni wurde aus einer Wundhöhle der Filzpfropf der Patrone entfernt. Zur Bekämpfung der Eiterung und zur Freilegung der Wundhöhlen zum Zwecke ihrer antiseptischen Behandlung wurde von mir eine Reihe von grossen Einschnitten (10—15 cm) gemacht und am 28. Juni in Gemeinschaft mit Dr. K.-Hannover ein 4,5 cm langes, 1,5 cm breites und 2 cm dickes, vom grossen Rollhügel des Oberschenkels abgesprengtes Knochenstück entfernt, das auf seiner Abreissungsstelle durch Schrot schwarz verfärbt war. Zugleich ergab sich bei dieser Gelegenheit nach Erweiterung der hinteren Fistel auf der linken Gesässhälfte neben dem After, dass der linke Sitzhöcker des gleichseitigen Hüftbeins beim Untersuchen mit dem Finger sich in erheblicher Ausdehnung rauh und von Weichtheilen entblösst anfühlte; ferner zeigte sich auch, dass sämmtliche Weichtheile auf dem linken Gesäss in grosser Ausdehnung um das Hüftgelenk herum nach allen Seiten hin schichtweise unterminirt und von einander losgelöst waren, so dass eine grosse geräumige, sehr unregelmässig gestaltete Wundhöhle vorhanden war, deren tiefere Abtheilungen von dunkel, fast schwarz gefärbten Wandungen eingeschlossen waren, während die oberflächlichen Abtheilungen sich durch Abstossung des todten Gewebes schon mehr gereinigt hatten und rothe Fleischfarbe zeigten. Das Hüftgelenk erschien unverletzt, obwohl seine Kapsel sich unmittelbar an die Wundhöhle anschloss. Von einem operativen Eingriff an demselben wurde deshalb abgesehen.

Die weitere Zeit vom 3.—20. Juli ist charakterisirt durch das Auftreten von 15 zum Theil ganz kolossalen Schüttelfrösten, bei denen Temperaturen über 40° C. die Regel waren, aber auch dreimal excessive Temperaturen von 41,5—41,7° C. auftraten. Natürlich nahm der allgemeine Kräftezustand der Pat. erheblich ab. Die übelriechende Eiterung aus der hinteren Fistel hielt unverändert an, während die übrigen Wunden in ihrem Aussehen sich besserten. Etwa am 7.—8. Juli trat durch Weiterschreiten der Eiterung in die Tiefe eine Mitbetheiligung des Hüftgelenks ein, das dadurch eröffnet wurde, und dessen Miterkrankung wahrscheinlich in Folge von Eiterverhaltung in demselben das Auftreten der geschilderten Schüttelfröste auslöste.

In der jetzt folgenden Zeit vom 20. Juli bis zum Ende, am 15. August, traten keine Schüttelfröste mehr ein; abendliches Fieber über 39° C. bestand unverändert fort mit oft unerheblichen Remissionen am Morgen. Vor Allem ergab sich aber jetzt bei zunehmendem Schwinden des allgemeinen Kräftezustandes ein deutliches und konstant zunehmendes Nachlassen der Herzthätigkeit, das sich durch vermehrten und kleinen Puls anzeigte und sich weiter dadurch markirte, dass die aufgezeichnete Pulskurve die Temperaturkurve vom 30. Juli ab beständig übersteigt, ein Zeichen von übler Bedeutung betreffs des weiteren Verlaufs der Krankheit.

Am 25. Juli wurde noch als letztes Mittel, in der Absicht, das Eiterungsgebiet ganz frei zu legen, dem Eiter Abfluss zu verschaffen und die antiseptische Behandlung der vereiterten Gelenkhöhle zu ermöglichen, die operative Entfernung des Schenkelkopfes des linken Oberschenkelknochens in Gemeinschaft mit Dr. Kredel-Hannover vollzogen. Doch auch dieser Eingriff konnte den schlechten Ausgang wohl hinhalten, aber nicht hindern. Beschleunigt wurde derselbe noch durch das Entstehen und Weitergreifen von zwei enormen Druckgeschwüren, eins auf dem Rücken und eins auf der äusseren Seite des rechten Oberschenkels, die trotz sorgfältigster Pflege bei dem allgemein einsetzenden Kräfteverfall im Verein mit der starken allgemeinen Abmagerung sich ausbildeten. Unfreiwillige Entleerung von Urin und Koth durch die Pat., die natürlich die Wunden beschmutzten, trugen auch das Ihrige dazu bei. Der Stuhl zeigte auch die Folgen einer allgemeinen Blutvergiftung, er war häufiger als normal und von Farbe und Geruch dunkel bis schwärzlich und oft sehr übelriechend. Die Untersuchung des entfernten Schenkelkopfes ergab deutlich, dass derselbe durch kleine versprengte Schrottheilchen verletzt war und somit also das Hüftgelenk gleich bei der ersten Verletzung durch den Schrotschuss mitbetheiligt war.

Am 15. August gegen $8^3/_4$ Uhr Abends erfolgte unter zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens und Zunahme der Schwäche, die kaum noch das Sprechen ermöglichte, unter kolossalem Ansteigen des Pulses bei fast bis zuletzt erhaltenem Bewusstsein der Tod an Herzlähmung nach 8 Wochen langem, qualvollem Krankenlager.

Zur Klarstellung des ganzen Krankheitsvearlufes befinden sich in meinen Händen von dem verletzenden Geschoss:

1. 60 verschieden gestaltete, aus der Wunde entfernte Schrotkörner, sogenanntes Hasenschrot, Grösse No. 6,
2. der eine Filzpfropf der Patrone;

ferner von den Folgen der Verletzung bei der Cl.:

3. das am 28. Juni entfernte Knochenstück, das von dem grossen Rollhügel durch den Schuss abgesprengt ist,
4. der am 25. Juli operativ entfernte Schenkelkopf mit den Spuren der Schrotverletzung.

Auf Grund meiner klinischen Beobachtung, sowie nach Kenntnissnahme der betreffenden Akten gebe ich demgemäss mein sachverständiges Gutachten, wie folgt, ab:

1. Die am 17. Juni d. Js. erfolgte Verletzung der Cl. ist bedingt durch einen aus allernächster Nähe abgefeuerten Schrotschuss; nur ein solcher und unter solchen Verhältnissen, wie die vorliegenden sind, abgegebener Schuss bedingt einmal die ausgedehnte Pulververbrennung der Haut, sodann die mit der Tiefe der Geschosswirkung zunehmenden, ausgedehnten Zerstörungen, wie die schichtweise weit ausgedehnte Unterminirung von Haut und Muskeln, die isolirte Fraktur des grossen Rollhügels und die Verletzung des Hüftgelenks.
2. Als unmittelbare Folge dieser hochgradigen Zerstörungen entwickelte sich ein schweres Eiterfieber unter Bildung zahlreicher weit verzweigter und grosser Eiterhöhlen.
3. Das andauernde Eiterfieber hat durch allgemeine Entkräftung und schliesslich Herzlähmung unmittelbar den Tod der Cl. veranlasst.
4. Der Tod der Cl. ist also als eine mittelbare Folge der am 17. Juni d. Js. erlittenen Schussverletzung anzusehen.

Vorstehendes Gutachten habe ich nach bestem Wissen und Gewissen abgegeben.

Die gerichtliche Sektion der Leiche fand am 17. August statt durch die Herren Kreisärzte Medizinalrath Dr. Picht-Nienburg und Dr. Ocker-Verden in der Leichenhalle des hiesigen Krankenhauses. Aus dem ausführlichen Sektionsbericht lasse ich nur das folgen, was hier besonders interessirt.

A. Aeussere Besichtigung.

2. Die Farbe der Leiche ist auffallend blass.

4. Die Augen sind geschlossen, die Bindehäute sind auffallend blass.

13. An der linken Seite der Hüfte, unterhalb des oberen Darmbeinstachels beginnend, sieht man einen 21 cm langen, 15,5 cm breiten Hautdefekt mit unregelmässigen Rändern. In der ganzen Ausdehnung der Wunde sieht man die schmutzig-schwarzbraune Muskulatur, in der Mitte der Fläche liegt die leere Pfanne des Hüftgelenks; die Hautränder sind namentlich an der hinteren Seite auf 3—6 cm von der Muskulatur abgelöst.

14. In der Gegend des oberen Endes des Kreuzbeins befindet sich ebenfalls ein 16 cm breiter (zur Hauptachse des Körpers gerechnet) und 11 cm hoher Hautdefekt mit ebenfalls unregelmässigen rissigen bis auf 4 cm unterminirten Rändern. Im Grunde sieht man die blutrothe, leidlich erhaltene Muskulatur des Rückens und Gesässes.

15. Ein weiterer kreisrunder Hautdefekt von 6 cm Durchmesser liegt auf der hinteren Seite des rechten Oberschenkels hinter und unter der Spitze des grossen Rollhügels. Die Haut ist nach oben 7 cm und nach unten 5 cm von den Weichtheilen abgehoben. Im Grunde der Wunde sieht man theils Fascie, theils Knochen, theils Muskulatur mit einer dünnen Eiterschicht bedeckt. Dicht oberhalb und unterhalb des eben beschriebenen Defektes liegen zwei oberflächliche, je 10- und 5-Pfennigstück grosse Hautdefekte, von denen der erstere nur bis in die Lederhaut dringt, während der letztere bis auf die Muskulatur reicht. Der Grund sämmtlicher Defekte ist fetzig und mit Eiter bedeckt.

16. Die Ränder sämmtlicher vorbeschriebenen Wunden sind blass.

B. Innere Besichtigung.

I. Kopfhöhle.

17. Die weichen Kopfbedeckungen überall, wie auch in den hinteren Partieen, blass.

20. Die grauweisse harte Hirnhaut ist blass.

II. Brust- und Bauchhöhle.

39. Das Fettpolster ist dünn, die Muskulatur blassroth.

41. Die Lage der Unterleibsorgane ist im Allgemeinen die regelmässige, jedoch überragt die graugelbe Leber den freien Rippenrand um 4—5 cm; sämmtliche hervorliegende Eingeweide sind auffallend blass.

a) Bauchhöhle.

46. Der blassgelbe Herzbeutel enthält ca. 30 cbcm gelbliche Flüssigkeit.

48. Das auffallend schlaffe Herz, welches annähernd der geballten Faust der Leiche an Grösse entspricht, zeigt ziemlich starke Fettablagerungen; die Muskulatur ist blass-grau.

55. Das Herzfleisch ist blass-grauroth; die Dicke der Muskulatur beträgt linkerseits 12 mm, rechterseits 4 mm.

b) Bauchhöhle.

76. Schleimhaut des Dünndarms ist auffallend blass.

80. Die Leber erscheint deutlich graugelb, ihre Breite beträgt 30 cm, ihre Höhe 24 cm, ihre Dicke rechterseits 9 cm, linkerseits 4,5 cm; auf der Schnittfläche sind Läppchen deutlich zu erkennen. Die Farbe der Schnittflächen ist intensiv gelb.

82. Die Beckenknochen zeigen auf der Innenseite nichts Abweichendes.

83. Der auf der linken Seite der Hüfte vorbeschriebene Hautdefekt wird nach unten, und zwar nach dem Kniegelenke zu, erweitert. Dabei findet sich eine zwischen Haut und Streckmuskeln belegene Abscesshöhle, welche bis etwas unterhalb der Mitte des Oberschenkels reicht. Die Wände der Höhle sind grauschwarz und fetzig. Eine Höhle von gleicher Beschaffenheit liegt unter den Gesässmuskeln. Beide Höhlen münden in den Defekt aus. Die Muskulatur ist überall blutig infiltrirt; die Hüftgelenkpfanne ist leer; der Ueberzug der Pfanne erscheint grauschwarz, ist aber im Uebrigen glatt. Ausserdem fehlt die Spitze des Rollhügels.

84. Die sub 83 beschriebene Höhle hat eine zweite Ausmündung, für zwei Finger durchgängig, dicht oberhalb des Afters. (Operationswunde.)

85. Der Hautdefekt auf der Seite des rechten Oberschenkels wird ebenfalls nach oben und unten erweitert. Dabei zeigt sich, dass der Oberschenkelknochen in Ausdehnung von 8 cm Länge und 2 cm Breite von der Knochenhaut völlig entblösst ist. Die Muskulatur in der Umgebung ist schmutzig grauroth und blutdurchdränkt. (Decubitusgeschwür.)

86. Hinter der linken Pfanne ist das Sitzbein in der Ausdehnung von 3 cm Länge und 2 cm Breite rauh anzufühlen.

87. Der Hautdefekt über dem Kreuzbein ist ebenfalls ein Decubitusgeschwür.

Darauf gaben die Obduzenten ihr Gutachten wie folgt ab:

1. Der Tod der p. Cl. ist herbeigeführt durch schwere Eiterung an beiden Oberschenkeln und in der Kreuzbeingegend;
2. Den uns gemachten Mittheilungen nach unterliegt es keinem Zweifel, dass die vorgefundenen Eiterungen eine direkte bezw. indirekte Folge der am 17. April d. Js. erlittenen Schussverletzung sind.

So weit der Sektionsbericht, für dessen Ueberlassung ich den Herren Kollegen an dieser Stelle meinen besten Dank aussprechen möchte.

Unterziehen wir diesen ausserordentlich interessanten Fall

noch einer epikritischen Besprechung, so wollen wir dies in dreierlei Richtungen thun, hinsichtlich seines klinischen Verlaufes, seines pathologisch-anatomischen Befundes und seiner gerichtlich-medizinischen Bedeutung.

Wenngleich das gerichtsärztliche Gutachten mit dem Befundschein das chirurgisch Wichtigste wiedergiebt, so möchte ich über den klinischen Verlauf noch einige interessante Notizen nachtragen. Gleich bei der Aufnahme der Cl. machte dieselbe den Eindruck einer sehr Schwerkranken, und dieser Eindruck steigerte sich natürlich mit der Länge des Krankenlagers. Das sehr kräftige Mädchen mit reichlichem Fettpolster magerte bis zu ihrem Tode ganz ausserordentlich stark ab; das Fettgewebe wie Muskulatur schwand dahin; an Händen wie Füssen wurde die Haut durchsichtig und dünn, und die Venen schimmerten als dünne, feine blaue Linien durch die Haut durch; dabei bestand eine hochgradige Anämie, so dass alle sichtbaren Schleimhäute auffallend blass waren. Etwa von der vierten oder fünften Woche ab klagte sie über Druck in der Magengegend und Völle in derselben. Die objektive Untersuchung konnte schon jetzt eine gewisse Vergrösserung der Leber feststellen, die etwa ein bis zwei Finger breit den unteren Rippenrand überragte, sich aber im Laufe der folgenden Wochen ganz wesentlich vergrösserte und fast handbreit den unteren Rippenbogen überschritt, auch der linke Leberlappen war als vergrössert nachzuweisen. — Sehr interessant ist ferner das Verhältniss der Temperatur- zur Pulskurve. Der zu Anfang sehr kräftige und auch recht frequente Puls, der nur nach der ersten Operation am 28. Juni für ca. sechs Stunden nicht zu kontroliren war, erholte sich wieder und blieb meist mehr oder weniger unterhalb der Temperaturkurve, bis die Spannung desselben allmählich mehr abnahm, während seine Frequenz in gleichem Masse zunahm, so dass er vom 30. Juni ab dauernd die Temperaturkurve überstieg und schliesslich am Todestage ins Ungemessene stieg im Gegensatz zur Temperatur, die an diesem Tage im Vergleich zur vergangenen Zeit sogar eine verhältnissmässig niedrige Höhe (38,8) zeigte. Auf die üble prognostische Bedeutung dieses Ueberschreitens der Temperatur- durch die Pulskurve hat meines Wissens zuerst der verstorbene Credé-Leipzig aufmerksam gemacht in seinem Buche: „Gesunde und kranke Wöchnerinnen" bei Besprechung des Puerperalfiebers. Eine bakteriologische Untersuchung des Blutes ist leider nicht angestellt worden. Die aufgetretenen Schüttelfröste zeigen anscheinend zweifellos das Ergriffenwerden des Hüftgelenks an. — Betreffs der Behandlung möchte ich, abgesehen von den erwähnten chirurgischen Massnahmen, noch nachtragen, dass dieselbe fast ausschliesslich in Darreichung der stärksten Alkoholgaben bestand, da fast jede andere Nahrung, wie Milch, Bouillon etc. nach kürzester Zeit verweigert wurde, wie ja überhaupt der Appetit aufs Stärkste daniederlag. Unter diesen schwierigen Verhältnissen war der Alkohol der einzige Nothhelfer. Die dargereichten Gaben erreichten im Laufe der 59 Tage, die P. krank war, eine ganz exzessive Höhe; sie betrugen 14 Flaschen Marsala, 45 Flaschen Bordeaux und 5 Flaschen Kognak; jedenfalls ganz unglaubliche Mengen für ein Mädchen, das bis dahin, so weit ich erfahren, an Alkoholgenuss absolut nicht gewöhnt war.

Ich habe den Gesammtalkoholgehalt dieser Gaben berechnet durch Untersuchung der einzelnen Sorten und dafür folgende Resultate gefunden:

1. 1 Flasche Marsala = 700,₀ gr Wasser durchschnittlich enthält 18 Vol. % = 14,63 Gew. %, also im Ganzen 102,41 Gew. %, 100 % Alkohol und sind 14 Flaschen = 1433,74 Gew. % alcohol. absolutus;

2. 1 Flasche Bordeaux = 700,₀ gr Wasser, enthielt 9 Vol. % = 7,24 Gew. %, also im Ganzen 50,68 Gew. % alcohol. absolut. und 45 Flaschen = 2280,60 Gew. % alcohol. absolut.

3. 1 Flasche Kognak von spezif. Gew. 0,956 entspricht 669,₀ gr Kognak mit 38 Vol. % = 31,63 Gew. % also im Ganzen = 217,0 Gew. % alcohol. absolut. und 5 Flaschen = 1058,0 Gew. % alcohol. absolut.

Demnach beträgt die Gesammtsumme 1433,74 + 2280,6 + 1058,0 = 6772,34 Gew. % alcohol. absolut. oder bei 59 Krankheitstagen durchschnittlich täglich 114,78 Gew. % alcohol. absolut., die, wenn 1 gr Alkohol 7,2 Kalorien bei der Verbrennung liefert, 8264,16 Kalorien täglich repräsentiren, also jedenfalls einen sehr ansehnlichen Werth. Dabei wurde der Alkohol gut vertragen und nur einmal war ein leichter Rauschzustand von nur kurzer Dauer vorhanden. Ausserdem verbrauchte P. vom 5.—30. Juli 30,₀ gr Chinin. sulfur. in 0,5—1,₀ gr Gaben, die aber weniger gut als Alkohol vertragen wurden und vor Allem sehr lästiges Ohrensausen erzeugten. Gegen die sehr bedeutenden Schmerzen erhielt P. nach Bedarf Morphium subkutan einverleibt. Dass schliesslich das therapeutische Endergebniss aller Behandlung ein negatives war, ist bei der ausnehmenden Schwere der vorliegenden Septikämie nicht wunderbar, höchstens wunderbar, dass der Organismus diesen schweren Zustand so lange ertragen konnte. Und in dieser Beziehung darf man vielleicht von einem gewissen Erfolg der Behandlung sprechen.

Besonders charakteristische Merkmale für die Diagnose Sepsis hat die pathologisch-anatomische Untersuchung der Leiche nicht ergeben; am meisten spricht wohl noch dafür das auffallend schlaffe Herz mit seiner blassgrauen Muskulatur und den ziemlich starken Fettablagerungen; sodann aber die ganz enorme Fettleber, deren Gewicht festzustellen leider verabsäumt worden ist; indessen die mitgetheilten Masse sprechen für ihre Grösse; sie war derb anzufühlen, intensiv gelb und anämisch und reichte von rechts bis ganz nach links herüber. Dieser Befund erklärte auch vollständig die von der P. bei Lebzeiten geäusserten Beschwerden von Druck und Völle in der Magengegend. Da die P. bis zu ihrer Erkrankung stets gesund war, so ist zweifellos anzunehmen, dass diese Fettleber sich im Laufe der Krankheit entwickelt hat, welchen Vorgang, wie oben erwähnt, wir ja in vivo verfolgen konnten. Eigenartig ist jedenfalls bei dem allgemeinen intensiven Schwunde des subkutanen und sonstigen Fettes die enorme Fettablagerung und Fettbildung in der Leber. Wie weit dieselbe Folge der Sepsis, da ja bei derselben Fettleber oft beobachtet wird, wie weit eventuell die starken Alkoholgaben bei ihrer Entstehung mitbetheiligt sind, wie weit endlich beide Momente zusammen oder vielleicht noch andere dazu beigetragen haben, das ist selbstverständlich schwer zu sagen; dass die Alkoholbehandlung sicher auch von Bedeutung dabei war, erscheint mir kaum zweifelhaft. Jedenfalls liegt hier ein Fall von ganz akuter Fettleberbildung bedeutenden Grades vor. Betreffs der übrigen Befunde verweise ich auf den Sektionsbericht, der meiner Meinung nach sonst nichts Besonderes festgestellt hat. Als Beispiel für die ganz kolossalen Zerstörungen, die ein aus allernächster Nähe abgefeuerter Schrotschuss verursachen kann, ist unser Fall jedenfalls sehr charakteristisch.

Hinsichtlich der gerichtlich-medizinischen Bedeutung vorliegender Verletzung habe ich meines Erachtens dem Mitgetheilten nichts mehr hinzuzufügen, da das Gutachten alles Uebrige enthält. —

Die zweite Schrotschussverletzung betraf einen Buchbinder J. D. aus Graz, 23 Jahre alt. Am 8. März 1901 erhielt er in der Werkstatt von einem Lehrling, der auch Scherzes halber

auf ihn angelegt hatte, eine Schrotladung ins ganze Gesicht aus einer Entfernung von 2,5 m mit einem Tesching, das sonst zum Schiessen von Spatzen benutzt wurde. Sogleich nach geschehener Verletzung erfolgte seine Aufnahme ins hiesige Krankenhaus.

Das verletzte Gesicht bot bei der Aufnahme einen eigenthümlichen Anblick: es war mit blauen, dunkelblauen und schwarzen, zum Theil leicht blutenden Punkten von zirka 1 mm Durchmesser besät. An den Stellen, wo die Haut dicht auf dem Knochen auflag, konnte man den ganzen, dicht unter der Haut liegenden Wundkanal verfolgen, an dessen Ende als kugelige Verwölbung das Schrotkorn sichtbar und fühlbar war. Indessen boten die meisten Verletzungsstellen weniger Interesse bis auf zwei, die an den Augen sassen und sehr eigenartig durch ihren Befund waren. Am unteren Lide des rechten Auges, etwa in seiner Mitte, hart an seinem freien Rande, führte ein Schusskanal durch das Lid hindurch; zog man dasselbe vom Auge ab, so lag in der unteren Umschlagsfalte der Konjunktiva frei beweglich das betreffende Schrotkorn und war sehr leicht einfach herauszunehmen. Der Augapfel wie seine Bindehaut waren vollständig unverletzt. Am linken Auge, dicht am Rande der Kornea, in ihrem unteren Abschnitt hatte ein Schrotkorn die Konjunktiva durchschlagen, so dass das Loch beim Aufheben derselben deutlich sichtbar war; war dann um den Bulbus herumgefahren und hatte einen Schusskanal von fast 1 cm Länge verursacht, an dessen Ende dasselbe liegen geblieben war. Durch zweckentsprechenden Druck gelang es sehr leicht, das Korn auf dem eingetretenen Wege herauszubefördern. Den Verlauf des Wundkanals bezeichnete noch am Tage der Entlassung des P. ein bräunlich gefärbter, schmaler Strich. Der Augapfel war sonst vollständig unverletzt bis auf die Stelle, wo das Korn die Konjunktiva durchschlagen; hier war die Iris dunkelblauroth verfärbt, woraus wohl auf eine Kontusion des Bulbus an dieser Stelle geschlossen werden muss. Im Ganzen konnte ich 13 Schrotkörner entfernen. Am 18. März wurde P. als geheilt entlassen. Störungen von Seiten der Augen waren nicht vorhanden, das linke Auge war, wie nach Angabe des P. schon vorher der Fall gewesen, etwas kurzsichtiger als das rechte.

Dieser für den P. so ausserordentlich glückliche Verlauf der Schrotverletzung beider Augen ist nur zu erklären, einmal durch die bei einer Entfernung von 2,5 m schon recht geringe Durchschlagskraft eines Teschings und dann durch die Elastizität des durch die derbe Sklera geschützten Augapfels.

Ein gerichtliches Nachspiel hatte letzter Fall, wie bereits erwähnt, nicht zur Folge.

Referate.

Chirurgie.

Schulterverrenkung mit Abreissen der Arteria thoracica von der Achselarterie.

Von Dr. W. von Noorden-München.
(Deutsche Ztschr. f. Chir., Bd. 63, Heft 5 u. 6.)

Eine 70jährige Dame wurde bewusstlos aufgefunden. Der hinzugerufene Arzt stellte, abgesehen von einer hochgradigen Blässe, eine Verrenkung der rechten Schulter und eine enorme Geschwulst in der rechten Achselhöhle und deren Umgebung fest; der Puls fehlte beiderseits. Die Verrenkung konnte ohne Mühe reponirt werden, doch starb die Verletzte trotz vorgenommener Belebungsversuche nach zwei Stunden an Herzschwäche und Gehirnanämie.

Die Sektion ergab Atheromatose der Gefässe, und in der Achselhöhle eine kindskopfgrosse, mit Blut gefüllte Höhle, welche mit dem Schultergelenk in Verbindung stand. Die Arteria thoracica longa war zu zwei Dritteln von der Stammarterie abgerissen.

Trotzdem die Verletzung während des Lebens diagnostizirt war, verbot der Allgemeinzustand der Verletzten jeden operativen Eingriff. Als solcher wäre nach Verf. eine Unterbindung der Schlüsselbeinschlagader in Betracht gekommen, da die Unterbindung an der Stelle der Verletzung bei der Gewebszertrümmerung und Anhäufung von Blutgerinnseln schwer auszuführen ist.

(Ref. kann Verf. völlig Recht geben. Es kommt, wie eine eigene Beobachtung lehrt — ein bejahrter Landmann liess sich von einem durchgehenden Ochsen, den er an einem Strick führte, eine Zeit lang schleifen, wobei ohne irgend welche Nebenverletzung eine Zerreissung der Achselarterie entstand — als erschwerendes Moment für die Unterbindung hinzu, dass das zerrissene Gefäss in der Umgebung der Verletzung morsch und brüchig ist, so dass angelegte Ligaturen einfach durchschneiden.) Niehues-Berlin.

Ueber Luxatio humeri anterior und Komplikation derselben durch Abreissung des Tuberculum maius.

Von Prof. G. J. Turner.
(Allgem. med. Central-Zeitung 1902, Nr. 27 und 28).
(Aus der orthopäd. Klinik der Kais. Militär-Med.-Akademie zu St. Petersburg).

Der Abriss des Tuberculum maius gehört zu den häufigsten Komplikationen der Schulterverrenkung. Er wurde bisher häufig übersehen, da er eine besondere Wichtigkeit in praktischer Hinsicht nicht besitzt. Die Diagnose wird sich bei Untersuchung mit Röntgenstrahlen häufiger ermöglichen lassen. (Dies erscheint fraglich, da der leichte Schatten des abgerissenen Stückes durch den intensiven des Humeruskopfes verdeckt wird. Ref.) Gelegentlich giebt das abgerissene Stück ein Hinderniss für die Einrenkung ab.

Man kann auf das Vorhandensein der Fraktur schliessen aus der grösseren Beweglichkeit, besonders der freieren Innenrotation des Oberarmkopfes und der leichteren Adduktionsfähigkeit des Oberarmes. Rotation des Armes erzeugt zuweilen Krepitation; in seltenen Fällen lässt sich das abgesprengte Tuberculum durch den Deltoides durchfühlen.

Bei Vorhandensein des Bruches ist die Verrenkung ceteris paribus am leichtesten durch die Elevationsmethode, verbunden mit gleichzeitiger Innenrotation, zu repariren. Das Kocher'sche Verfahren, Adduktion und Aussenrotation, erschwert die Einrenkung. Niehues-Berlin.

Ueber Frakturen und Luxationen der Handwurzelknochen.

Von Stabsarzt Dr. Schmiz-Koblenz.
(Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 31. Jahrg., Heft 6.)

Mit der Zunahme der Untersuchung von Verletzungen mittelst Röntgenstrahlen mehren sich die Beobachtungen von früher selten gesehenen Brüchen und Verrenkungen. Verf. untersuchte so 27 „verstauchte" Handgelenke und fand 16 mal (!) Frakturen bezw. Luxationen der Karpalien. Am meisten betheiligt war das Kahnbein, welches, in der Verlängerung des Radius liegend, bei Fall auf die Hand der Gewalteinwirkung am meisten ausgesetzt ist. (Zuweilen besteht es normaler Weise aus zwei getrennten Stücken.) Dann folgten das Mondbein, das Kopfbein, das Hakenbein und die übrigen Knochen. In einigen Fällen waren mehrere oder sogar alle (!) Handwurzelknochen verletzt.

Die Ergebnisse der Behandlung waren ganz vorzüglich

nur 4 Kranke, bei denen sämmtliche Handwurzelknochen gebrochen waren, mussten invalidisirt werden.

Die richtige Deutung einer Röntgenaufnahme der Handwurzel ist nicht immer leicht. Oft (stets, Ref.) ist ein Vergleich mit der gesunden Seite erforderlich.

Niehues-Berlin.

Beitrag zur Kenntniss der kombinirten Frakturen und Luxationen der Handwurzelknochen.

Von Dr. de Quervain,
Oberarzt am Spital zu Chaux-de-Fonds.
(Monatsschrift für Unfallheilkunde. IX. Jahrg. Heft 3.)

Mit der häufigsten Verletzung der Handwurzelknochen, dem Bruch des Kahnbeins ist nicht selten eine Luxation des Mondbeines zur volaren Seite verbunden. Verfasser hält diese Kombination für eine ganz typische Verletzung, beobachtete dieselbe selbst doppelseitig und fand in der Literatur der neuesten Zeit sechs weitere Fälle.

Die Verletzung kommt durch forcirte Dorsalflexion zu Stande und ist ein Aequivalent der durch Abriss entstandenen Radiusfraktur in den Fällen, wo dieser Knochen dem Zug einen stärkeren Widerstand entgegensetzt, als das Lig. carpi volare. Das Naviculare, welches wie eine Spange die beiden Reihen der Handwurzelknochen untereinander verbindet, bricht bei der Ueberdehnung in der Mitte; das proximale Fragment luxirt mit dem Mondbein auf die volare Seite, während das distale im Zusammenhang mit der peripheren Handwurzelreihe verbleibt. Auch das capitatum betheiligt sich an dieser Luxation; in seltenen Fällen gleitet es jedoch aus der Luxationsstellung wieder in seine normale Lage zurück. Auch andere Handwurzelknochen können von der Verletzung betroffen werden. Genaueres ist im Original nachzulesen.

Die Prognose ist höchst ungünstig.

Die Behandlung kann nur in der Exstirpation des Lunatum und des (im Gegensatz zu Kaufmann) zentralen Fragmentes des Kahnbeines bestehen. Verfasser hatte Gelegenheit, die Erfolge dieser Operation an seinem Patienten, bei welchem er zuerst nur die Exstirpation auf der einen Seite vornahm, zu beobachten. Bei partieller Luxation des Mondbeines wird die Operation von einem dorso-radialen, bei vollständiger von einem radio-volaren zwischen Flexor carpi radialis und N. medianus gelegenen Schnitt vorgenommen. Der Erfolg ist sehr günstig.

Niehues-Berlin.

Weitere Mittheilungen über den Bruch des Schiff- oder Kahnbeines der Hand.

Von Dr. C. Kaufmann-Zürich.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1902, No. 9.)

Den sieben von seinem Assistenten Höfliger bereits veröffentlichten Fällen fügt K. vier weitere Beobachtungen hinzu. Die Frakturen, welche im Allgemeinen gar nicht so selten zu sein scheinen, als bisher angenommen wurde, entstanden sämmtlich beim Fall auf die rückwärts, das heisst hinter dem Körper ausgestreckte Hand. Da die Verletzten erst spät in die Behandlung des Verf. kamen, so vermag er über die Erscheinungen der frischen Verletzung Angaben nicht zu machen. Bei den Spätfällen konnte zuweilen aus dem Befunde, völliger oder fast völliger Steifheit im Handgelenk, deutlicher Radialabduktion der Hand, Druckempfindlichkeit und Verdickung im Bereiche des Schiffbeins, die Diagnose sicher gestellt werden. Sind nur einzelne dieser Merkmale nachweisbar, so ist doch immer mit der Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins einer Fraktur zu rechnen. Nur sehr selten ist die Handgelenksfunktion bei vorliegendem Bruche völlig erhalten.

Die Prognose ist günstig. Die Heilung tritt beim einfachen Querbruch ohne alle Behandlung ein. Längere Ruhigstellung ist überflüssig; mit der Massage und Gymnastik darf früh begonnen werden. Tritt Pseudarthrosenbildung ein, so kann man das distale Fragment von einem Schnitt in der Tabatière aus mit Vortheil entfernen.

Bezüglich der Begutachtung der Verletzung ist daran zu erinnern, dass bei konsequentem Gebrauch der Hand die Unfallfolgen sich ganz bedeutend vermindern oder sogar völlig verlieren. Verf schätzt die durchschnittliche Erwerbsunfähigkeit im ersten Jahr um ein Drittel, für das zweite um ein Viertel und für das vierte um ein Sechstel bis ein Zehntel der normalen vermindert.

Niehues-Berlin.

Zur Kasuistik der Nachblutungen.

Von Sekundärarzt Dr. Frommer.
(Aus der chirurgisch. Abtheilung des St. Lazarus-Spitals zu Krakau; Prof. Dr. R. Trzebicky.)
(Archiv für klinische Chirurgie, Band 67, Heft 3.)

Nachblutungen gehören im Allgemeinen zu den Seltenheiten; nur bei eiteriger Zellgewebsentzündung werden sie noch häufiger beobachtet und gefährden das Leben des Kranken in hohem Grade.

Verf. untersuchte Präparate, welche er in 8 Fällen lebendem Gewebe entnahm und kam zu dem Schlusse, dass der Eiterungsprozess von der Umgebung auf die Gefässwände übergreift und in ihnen eiterige Entzündung mit folgender Entartung und Nekrose hervorruft.

Die Gefährdung der Ernährung der Gefässe durch einen etwaigen operativen Eingriff, durch breite und tiefe Inzisionen und durch den Druck der Drainageröhren in dem Sinne, dass die Aversion erleichtert oder beschleunigt wird, hält Verf. für ausgeschlossen.

(Sollte nicht die durch die Pulsation verursachte stete Reibung des Gefässes an einem seiner Wandung anliegenden Drainagerohr genügen, eine Aversion herbeizuführen? Ref.)

Unter den therapeutischen Eingriffen lässt die Tamponade und der Druckverband unter besagten Verhältnissen fast stets im Stich; am meisten bewährt sich die Unterbindung der Arterie in ihrer Kontinuität in gesundem Gewebe.

Niehues-Berlin.

Selbstmord durch Eröffnung der Vena saphena magna.

Von Kreisassistenzarzt Dr. Schlag-Stralsund.
(Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1902. No. 11.)

Eine 52jährige Trinkerin mit Unterschenkelgeschwüren am linken Bein brachte sich einen Schnitt in die Vena saphena magna an der Stelle bei, wo das Gefäss oberhalb des inneren Knöchels auf dem Schienbein verläuft. Auf dem Bettrand sitzend, liess sie das Blut theils in eine Blechschüssel, theils in ein Nachtgeschirr laufen, bis sie ausgeblutet, todt umsank. Im Ganzen hatte sie etwa $3^1/_2$ Liter Blut verloren.

Aus Gefässen vom Kaliber dieser Vena in ihrem Anfangstheil findet eine Verblutung sonst kaum statt. Im vorliegenden Falle erklärt Sch. die Verblutung dadurch, dass die Vene erweitert und dass ihre Wand durch Bindegewebe der Knochenhaut des Schienbeins zu eng angeheftet war, um sich zurückziehen zu können. [Unseres Erachtens würde die Erweiterung allein auch schon genügt haben, denn eine Verblutung aus Krampfadern im Sitzen oder Stehen ist doch gerade nichts Aussergewöhnliches. Ref.]

Als Art des Selbstmordes ist die Durchschneidung einer Blutader am Unterschenkel höchst seltsam.

Zwerchfellzerreissung. Bauchorgane in der Brusthöhle.

Von J. F. Hodgson.

(Brit. Med. Journal. 4. Januar 1902.)

Ein Arbeiter, welcher beim Abreissen eines Gebäudes beschäftigt war, wurde von den zusammenstürzenden Mauern getroffen und unter den Trümmern begraben. Zwei Stunden nach dem erlittenen Unfall trat der Tod ein. Die Leiche zeigte enorme Verletzungen, beide Brusthöhlen waren mit einer grossen Menge Blutes angefüllt. Linkerseits waren die unteren sieben Rippen gebrochen, einige davon an verschiedenen Stellen. Die vierte und fünfte Rippe waren weit von einander getrennt und das Gewebe zwischen ihnen zerrissen. Die linke Lunge war zusammengesunken. Auf der rechten Seite waren die 8 unteren Rippen gebrochen, die gebrochenen Enden derselben ragten in die Brusthöhle hinein. Die rechte Lunge war stark zerfetzt und zusammengesunken. Das Zwerchfell war auf der linken Seite eingerissen, wodurch der Magen sammt einem Theil der Därme und des Netzes in die linke Brusthöhle hineingedrängt wurde. Auch in der Brusthöhle fand sich eine grosse Menge Blutes, Leber und Milz waren an mehreren Stellen eingerissen, die Wirbelsäule war an zwei Stellen gebrochen.

Franz Meyer-Berlin.

Innere Medizin.

Zur Aetiologie des Typhus.

Von Stabsarzt Dr. Schüder.

(Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankh. Bd. 38, H. 3.)

Die Arbeit soll eine Lücke in der Typhusliteratur ausfüllen, indem sie aus den Arbeiten der letzten 30 Jahre die für Typhusepidemieen ermittelten Ursachen zusammenstellt und nach dem Ergebniss gegen einander abwerthet.

Das Material umfasst 638 Epidemieen und 12 Einzelfälle. 462 mal (70,8 %) wurde Wasser, d. h. Trink- und Gebrauchswasser verschiedenster Art, als Uebertragungsmittel festgestellt, 110 mal (17,0 %) Milch, die jedoch vielfach erst wieder durch Wasser (Ausspülen der Gefässe, Verdünnen der Milch selbst) verseucht war. Andere Nahrungsmittel waren 23 mal Träger der Ansteckung (3,5 %), auch jene waren vielfach nur durch keimhaltiges Wasser gefährlich geworden. Dann folgen Kleidungsstücke und Betten in 2, infizirte Aborte in 6, Dünger in 3 Fällen.

Die in der nächsten Gruppe genannte Verunreinigung des Bodens (10 Fälle; 1,5 %) dürfte in der Hauptsache auf dem Umwege der Wasserverseuchung zur Wirkung gelangen, die Gruppe 8 — Aufwühlen des Bodens — wäre mit Gruppe 4 zu vereinigen, da es sich hier meist um Beschmutzung des Schuhwerks handelt. Gruppe 9 — Staub, Wind, Luft, [Fliegen] — umfasst unter ihren 9 Fällen einige recht zweifelhafte.

Das Grundwasser wird nur bei 2 Epidemieen als alleinige Ursache beschuldigt, Ueberschwemmung einmal, Theilnahme am Begräbniss eines Typhuskranken einmal.

Als Massstab der Uebertragung von Mensch zu Mensch können die Spitalsinfektionen dienen. Verf. stellt fest, dass von 35 647 Typhuskranken 1179 Pflegepersonen angesteckt worden sind und mahnt im Anschluss daran, dem Harn der Kranken genügende Aufmerksamkeit zu widmen, da dieser häufig genug keimhaltig wird.

Die Ziele der Typhusbekämpfung kennzeichnet er folgendermassen:

Vor Allem muss man bestrebt sein, den Typhuserreger aus dem Wasser zu verdrängen. Ueberall infektionssichere Wasserentnahmestellen, möglichst gründliche Desinfektion aller Typhusabgänge, möglichst frühzeitige Diagnose jedes Typhus!

Das Pflegepersonal wird eines besonderen Schutzes bedürfen. Da Belehrung erfahrungsgemäss nicht ausreicht, ist Schutzimpfung mit abgetödteten Typhusbazillen in Erwägung zu ziehen.

Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Typhusbazillen.

Von Stabsarzt Dr. v. Drigalski und Dr. H. Conradi.

(Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskr. Bd. 39, H. 2.)

Wie es scheint, ist es den Verfassern gelungen, den entscheidenden Schritt zur Lösung der alten Frage der Unterscheidung zwischen Koli- und Typhusbazillen zu thun. Zum Mindesten basirt ihr neues Verfahren auf sehr folgerechten Erwägungen, und ihre Ergebnisse sind sehr ermutigend.

Wenn man eine Platte von Fleischwasserpeptonagar durch Milchzucker süsst und mit Lakmustinktur blau färbt, dann mit Koli- und Typhusbazillen impft, so zersetzen die ersteren den Zucker unter Säurebildung, die letzteren das Eiweiss unter Alkalibildung — die Kolikolonieen werden roth, die Typhuskolonien blau.

Das ist das Wesentlichste an der neuen Methode. Nun waren aber noch verschiedene Schwierigkeiten zu überwinden. Wenn die Kolikolonien zu reichlich Säure bilden, neutralisirt die sich verbreitende Säure das von den Typhuserregern gebildete Alkali — dem ist zu begegnen durch reichlicheren Agarzusatz (3 %) und Beigabe einer geringen Menge Soda. Zur Erzielung recht günstiger Lebensbedingungen für den Typhusbazillus empfiehlt sich der Zusatz von Nutrose (oder Tropon), wodurch gleichzeitig die blaue Farbe der Kolonie verstärkt wird. Zur Ausschaltung gewisser in Typhusstühlen oft massenhaft vorkommenden äusserst stark säurebildenden Kokken und einer Anzahl anderer säurebildender Stäbchen, auch einiger Alkalibildner etc. benützt man einen Zusatz von Krystallviolett B (Höchst) in Lösung von 1 : 100 000 Nähragar. Dieser Farbstoff hemmt die Entwicklung der störenden Keime und lässt die der Typhuskeime unberührt.

Bei der beschriebenen Methode erscheinen die Typhuskolonien blau mit einem Stich ins Violette, glasig und thautropfenähnlich, sie haben 1—3 mm Durchmesser, selten mehr. Die Kolikolonieen sind leuchtend roth, nicht durchsichtig, 2 bis 6 mm gross. Bisweilen sieht man blaue Kolonieen der Gruppe bacillus subtilis, die grösser als Typhuskolonieen, bisweilen doppelt konturirt oder auch geknöpft erscheinen. Eine vierte Gruppe endlich ist von Typhus mit Sicherheit durch das Gerinnungsverfahren (Agglutination) zu unterscheiden, das zur Kontrole stets auszuführen ist.

Die Verfasser berichten, dass sie durch ihre Methode in 50 Typhusfällen stets, auch bei klinisch zweifelhaftem Befunde, selbst bei völlig unsicherer Diagnose, ja auch bei anscheinend Gesunden aus der Umgebung Typhuskranker, die Typhusbazillen im Stuhlgang binnen höchstens 18—24 Stunden, gewöhnlich aber sofort feststellen konnten. Bisweilen hatten alle übrigen Hilfsmittel, auch die Widal'sche Reaktion, im Stiche gelassen.

Das vorliegende Referat bezweckt lediglich, auf die sehr wichtige Arbeit eindringlich aufmerksam zu machen. Für die Technik der Untersuchung ist die Kenntniss des Originals unentbehrlich.

Fall von generalisirten Impfpocken.

Von W. T. Freemann.

(The. Brit. Med. Journal 1. März 1902).

Bei einem Dienstmädchen fand sich am sechsten Tag nach der Impfung, welche an 4 Stellen des einen Armes stattgefunden hatte, an der Stelle der Impfung der erwünschte normale Befund. Dagegen fand sich nach dem Ellenbogen hin etwas Oedem und Schwellung. In der Gegend des linken Handgelenks und auf dem Handrücken sah man 9 grosse Effloreszenzen, 1 oder 2 derselben im Begriffe, sich zu Bläschen umzubilden. Auf dem rechten Handrücken befanden sich 6 ähn-

liche Gebilde. Alle diese wurden dann zu Blasen oder Pusteln; die Handfläche blieb frei, und eben so fand man auch an den anderen Theilen des Körpers keine Spur solcher Bläschen. Der entzündliche Bezirk in der Umgebung der geimpften Stelle verlor zu dieser Zeit die Zeichen der Entzündung. Das Mädchen war in der Kindheit geimpft worden und zeigte 3 typische Narben. Aehnliche Fälle wie dieser sind in anderen englischen Zeitschriften veröffentlicht. Der Befund ist sehr selten, da die Infektion sonst auf die Impfstelle beschränkt zu bleiben pflegt.

Franz Meyer-Berlin.

Persönliche Schutzmassregeln gegen Moskitos.

Von Wegg-Jamaica.

(The British Medical Journal 26. Januar 1901.)

Wegg empfiehlt als Schutz gegen die Moskitos den Gebrauch des gewöhnlichen Kerosene-Oel als einfaches, billiges, zuverläsiges Mittel. Man besprengt damit das Schlafzimmer und befeuchtet die Bettpfosten und hat nur darauf zu achten, dass man dem Licht nicht zu nahe kommt; besonders dort soll man es anwenden, wo ein Moskitonetz fehlt. Es ist entschieden der mehrfach angewandten Karbolsäure vorzuziehen. Wahrscheinlich ist es der Geruch des Oels, welcher die Moskitos fernhält. Franz Meyer-Berlin.

Massenhafte Fälle von Ikterus unter Kindern und jugendlichen Personen im Sommer und Herbst 1901 in Greifenhagen.

Von Kreisarzt Dr. Bahr- Greifenhagen.

(Ztschr. f. Med.-Beamte 1902, No. 11.)

Die Erkrankungen waren am häufigsten bei Kindern zwischen 2 und 8 Jahren. Erst bestand einige Tage Mattigkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, dann stellte sich Gelbsucht ein. Die Krankheit verlief mit mässigem Fieber, auf ihrer Höhe bestand vielfach Schlafsucht; in 7 Tagen trat gewöhnlich die Genesung ein, die Kinder kamen trotz der kurzen Dauer des Leidens stark herunter, erholten sich aber auch schnell. Wenn in einer Familie ein Kind erkrankte, folgten die andern stets nach.

Eine bestimmte Krankheitsursache hat B. nicht ermitteln können; er denkt an Keime, die mit schlechtem, unreifem Obst aufgenommen sind. Um reine Vergiftung kann es sich nicht handeln, da auch Kinder erkrankten, die kein Obst genossen hatten. Auch in Frankfurt a. O. und Swinemünde sollen ähnliche Epidemieen bestanden haben.

Die Beschreibung erinnert nach Verlauf und Erscheinungsweise des Leidens in auffälliger Weise an eine lange bekannte, aber noch ursächlich unklare Ansteckungskrankheit, die Weil-sche Krankheit, die allerdings nur das männliche Geschlecht und meist das Jünglings- und Mannesalter befällt. Leider lässt der sehr kurze Bericht des Verf. alle Andeutungen über Milz-, Stuhlgangs- und Harnbefund vermissen. Es wäre gerade bei solchen Epidemieen doch sehr wichtig, die klinischen Bilder recht ausführlich zu schildern.

Vergiftungen.

Ein Todesfall in der Chloroformnarkose.

Von Dr. H. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld.

(Ztschr. f. Med.-Beamte 1902, No. 11.)

Ein 38jähriger Mann, Trinker mässigen Grades, hat sich eine Sehne zerschnitten. Bei Erweiterung der Wunde ohne Narkose benimmt er sich so ungeberdig, dass davon abgesehen werden muss. Der Versuch einer Narkose im Sitzen muss wegen übermässigen Erregungsstadiums aufgegeben werden. Der Verletzte legt sich darauf hin, mit allen Vorsichtsmassregeln wird die Narkose wieder eingeleitet. Der Patient zählt langsam bis 6, dann schlägt er um sich, wirft die Maske ab, wird blau und ist nach einigen „schweren Athemzügen“ todt. Im Ganzen wurden knapp 20 g. Chloroform verbraucht.

Die Leichenöffnung ergab Vorhandensein eines Restes der Thymusdrüse von 3 cm Länge und je 1,5 cm Dicke und Breite, Fettleber und albuminöse Körung der Herzmuskulatur.

Ein Fall von Chloroformvergiftung nach Aufnahme per os.

Von Gerichtsarzt Dr. Roth-Frankfurt a. M.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1902, H. 13.)

Eine Frau von 30 Jahren trank in selbstmörderischer Absicht auf leeren Magen eine unbestimmte Menge Chloroform. Nachdem erst der Ehemann der Frau, welche noch 1/4 Stunde bewusstlos blieb, Wasser, Milch und Brechweinstein gegeben hatte, wurde der Arzt geholt. Er fand die Vergiftete bewusstlos mit starren Pupillen, raschem Puls und röchelnder Athmung, die Athemluft roch nach Chloroform. Es wurde alsbald eine energische Ausspülung des Magens vorgenommen, auch wurden die kräftigsten Herzanregungsmittel verabfolgt. Nach einigen Stunden trat Erbrechen und reichliche Darmentleerung, nach im Ganzen acht Stunden der Tod ein.

Die Sektion, 58 Stunden nach dem Tode vorgenommen, ergab sehr ausgebreitete und hochgradige Todtenstarre, Entzündung der Schleimhäute vom Magen bis zum Dünndarm, mit punktförmigen Blutaustritten im Zwölffingerdarm. Der Mageninhalt roch nach Chloroform; beim Stehen setzte er eine ölige, wesentlich aus Chloroform bestehende Flüssigkeit ab.

Die Todtenstarre, so auffallend sie ist, kann, besonders bei der frühen Leichenöffnung, nicht etwa als besonderes Kennzeichen der Chloroformvergiftung angesehen werden, wie andere Beobachtungen beweisen.

Ueber einen Fall von Orthoform-Vergiftung.

Von Dr. F. Malinowski.

(Gazeta Lekarska 1901, No. 48.)

Der Fall ist aus dem Grunde von Interesse, weil er den Verfasser selbst betrifft. Wegen an verschiedenen Körperstellen in Folge mechanischer Reizung aufgetretener und mit heftigen Schmerzen einhergehender Geschwüre gebrauchte Verfasser örtlich Orthoform, und zwar so, dass innerhalb fünf Tage 2,5 g des Mittels verbraucht waren. Unter dieser Behandlung trat nicht nur keine Linderung, sondern im Gegentheil Verschlimmerung der Schmerzen ein, während sich die Absonderung von den Geschwürsoberflächen in hohem Masse steigerte. Sämmtliche Geschwüre waren von einem rothen 2—3 cm breiten Hof leicht geschwollenen Gewebes umgeben. Im weiteren Verlauf bedeckte sich das eine Geschwür (am Unterschenkel) mit Belag, die ganze Extremität schwoll an, es stellte sich allgemeine Schwäche ein, Steigerung der Temperatur unter heftigen Schmerzen in der erkrankten Extremität, sowie ein Blasenausschlag an verschiedenen Stellen des Körpers, so am gesunden Bein, an den Bauchdecken und an der Brust. Das Orthoform wurde ausgesetzt und statt dessen Umschläge aus essigsaurer Thonerde angewendet. Innerhalb der folgenden drei Tage stieg die Temperatur abends bis auf 40,0°. Die stellenweise mit trüber seröser, stellenweise auch mit eitriger Flüssigkeit gefüllten Blasen verbreiteten sich über den ganzen Körper; zugleich schwollen die Augenlider an. Erst in drei Wochen heilten die Geschwüre ab und die nach dem Ausschlag zurückgebliebene Pigmentation verschwand. Von Seiten der Nieren waren Krankheitserscheinungen nicht aufgetreten. — Es lag im vorstehenden Falle somit eine allgemeine Vergiftung mit einer eigenartigen Hauterkrankung (Erythema exsudativum multiforme) vor. Lb.

Ohrenheilkunde.

Untersuchungsergebnisse der Zöglinge der zwei Württembergischen Taubstummen-Anstalten in Gmünd.

Von Hofrath Dr. Koebel-Stuttgart.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 41. Bd., 2. Heft, S. 126).

Dank den Bemühungen Bezolds, Passows und Anderer hat man in neuerer Zeit die unglücklichen Taubstummen der für sie unerlässlichen ohrenspezialistischen Untersuchung und Behandlung in höherem Masse, als dies früher der Fall war, zugeführt. Auch die in der vorliegenden Arbeit Koebels geschilderten Untersuchungen dürfen als die Frucht dieser neueren Bestrebungen angesehen werden.

Es wurden im Ganzen 92 Zöglinge untersucht. Bei einer grossen Anzahl wurden noch Hörreste festgestellt, die einen Sprachunterricht vom Ohr aus ermöglichten. Verhältnissmässig oft fanden sich noch nicht abgelaufene Erkrankungen der Ohren, des Rachens, der Nase und des Nasenrachenraumes, die noch einer spezialistischen Behandlung zugängig waren. Es wurden 15 Operationen ausgeführt: 1 Abtragung eines Ohrpolypen, 7 Gaumenmandel- und 2 Rachenmandelexzisionen und 5 Fremdkörperentfernungen.

Die Arbeit lehrt, dass man die Taubstummen nicht resignirt dem Taubstummenlehrer überlassen soll, sondern dass spezialärztliche Untersuchung in jedem Falle nothwendig ist, da nicht selten durch ohrenärztliche Behandlung Besserung erzielt werden kann. Richard Müller.

Zur Manifestation der traumatischen Hysterie am Gehörorgan.

Von Oberstabsarzt Ernst Barth-Sensburg.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., 41 Bd., 2. Heft, S. 188.)

Ein 21jähriger landwirthschaftlicher Arbeiter bemerkte einige Stunden nach einem Kopfsprung ins Wasser ein paar Tropfen Blut aus dem linken Ohre austreten. Am Tage darauf war er links taub, rechts hochgradig schwerhörig. Im Laufe der nächsten Tage entwickelt sich eine linksseitige sensitiv-sensorielle Hemianästhesie: trotz dieser sensiblen Lähmung besteht Hyperästhesie der Warzenfortsatzgegend. Rechterseits liessen, abgesehen von der Schwerhörigkeit, die Sinnesnerven keine Störung erkennen. Erst nach Monaten schien auch ein Hypästhesie der rechten Konjunktiva und Kornea Platz zu greifen. Nach diesem Verlauf stellt Verf. eine ungünstige Prognose. Richard Müller.

Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.

V. Fortsetzung.

(Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik der Universität Rostock).

Von Dr. Sturm und Dr. Suckstorff, Assistenten.

(Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 41. Bd., 2. Heft, S. 111 ff.).

Den vier früheren Veröffentlichungen über das gleiche Thema, die auch von uns früher besprochen worden sind, lassen die Verfasser eine fünfte Fortsetzung folgen, in der sie eine Reihe von 10 Fällen zum Theil eingehender, zum Theil nur kursorisch schildern. Symptomlose Extraduralabscesse in der mittleren und hinteren Schädelgrube bei einem Diabetiker wurden operativ geheilt, desgleichen ein perisinuöser Abscess nach subakuter Mittelohreiterung, ferner eine Sinusthrombose mit Schultergelenkmetastase nach Scharlachmastoiditis, ein Extraduralabscess der mittleren Schädelgrube nach akuter, zwei ebensolche nach chronischer Mastoiditis sowie schliesslich eine Sinusphlebitis bei chronischer Mastoiditis. Zwei Kranke, ein neunjähriges und ein vierjähriges Mädchen, starben an hinzutretender Meningitis, die Erstere, nachdem noch durch Operation der Mastoiditis Heilung herbeizuführen versucht worden war, Letztere ohne operativen Eingriff.

Die dankenswerthen Veröffentlichungen sind, ganz abgesehen von ihrem hohen spezialärztlichen Interesse, nach wie vor geeignet, das Auge des Praktikers auf die schweren Komplikationen, die sich an Mittelohreiterungen anschliessen können, zu lenken und ihn zu ermahnen, gegebenen Falles frühzeitig spezialistische Hilfe herbeizuführen. Richard Müller.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 2. bis 5. April 1902.

Originalbericht

der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

(Schluss.)

Prutz und **Ellinger**-Königsberg. Ueber die Folgen der Darmgegenschaltung.

Prutz und Ellinger haben sehr interessante Versuche derart an Thieren ausgeführt, dass sie eine Darmschlinge resezirten und in umgekehrter Richtung wieder einfügten. Es entwickelte sich dann in dem unberührten Darmstück oberhalb der umgeschalteten Schlinge eine Dilatation und Hypertrophie, ausserdem eine Vermehrung des Indikangehaltes am zweiten, oft schon am ersten Tage, bis zum drei bis sechsfachen des normalen. Wenn sie in dem Stück der Gegenschaltung abschnürten, trat eine Darmfüllung im paradoxen Sinne auf.

Es ging, wenn die gegengeschaltete Schlinge intakt gelassen wurde, der flüssige Darminhalt durch sie hindurch, nicht aber der feste. Wenn die Versuchsthiere eben so viel bekommen, als sie vorher brauchten, um im Gleichgewicht zu bleiben, dann nehmen sie stets ab. Es eröffnen diese Verhältnisse ein Verständniss für kachektische Zustände, welche bei Darmstörungen auftreten, die noch keine wahrnehmbaren Stenosenerscheinungen machen.

Petersen-Heidelberg: Zur operativen Therapie der Blutungen bei Magengeschwür.

Die Heidelberger Klinik nahm bisher gegenüber dem chirurgischen Eingreifen bei Blutungen aus einem Magengeschwür einen pessimistischen Standpunkt ein, weil man früher versucht hatte, die blutende Stelle aufzusuchen und das blutende Gefäss selbst in Angriff zu nehmen. Dieses Vorgehen hatte häufig Nachblutungen zur Folge, an denen die Kranken dann starben. Jetzt ist die Gastroenterostomie bei Blutung aus dem Ulcus in Heidelberg zum Normalverfahren erhoben und seitdem hatten sie hinter einander 4 Fälle mit glücklichem Ausgange, obwohl 2 davon recht schwere Blutungen darstellten.

Er empfiehlt bei Ulcus ventriculi stets die hintere Gastroenterostomie.

In der Diskussion sagt Krönlein, dass die Resultate der Gastroenterostomie doch nicht so sicher sind, wie Petersen meint, er habe zwei Kranke trotz der Gastroenterostomie in Folge Recidivirens der Magenblutung verloren.

Küster hat einmal eine Nadel im blutenden Magengeschwür gefunden und das veranlasst ihn, jetzt immer nachzusehen, woher die Blutung kommt.

M. Heidenhain-Worms: Ueber Darmverschluss und Enterostomie bei Peritonitis.

Heidenhain ist der Meinung, dass in bestimmten Fällen von Peritonitis der tödtliche Ausgang nicht eine Folge der Peritonitis als solcher ist, sondern eine Folge des Darmverschlusses, welcher durch die Peritonitis hervorgerufen wird. Man kann diese Komplikation bekämpfen, wenn man eine Darmfistel in der Höhe der noch gesunden Darmschlingen

anlegt, was in der Regel in der oberen Bauchhälfte sein wird. Auf diese Weise hat Heidenhain 4 Fälle von Peritonitis behandelt, von denen 3 geheilt sind. Diese Methode kann natürlich nur da Erfolg haben, wo ein Theil der Peritonealhöhle frei von Peritonitis ist.

Kocher ist der Meinung, dass man den Vorschlag Heidenhains in passenden Fällen sehr wohl berücksichtigen müsse.

Franke-Braunschweig: Die chirurgische Behandlung der chronischen Obstipation.

Es giebt Fälle chronischer Obstipation, bei denen Oelkuren, Massagekuren etc. nichts nützen, wo der Grund schwerer Verstopfung beruht in einer zu schnellen Aufsaugung des Speisebreis, Trägheit der Muskelthätigkeit und verminderter Reizbarkeit des Darmes.

Fr. hatte eine derartige Patientin, welche seit 10 Jahren an hartnäckigster Verstopfung gelitten hatte und allmählich auf 85 Pfund abgemagert war. In der Annahme, dass es sich um eine Stenose handele, machte er eine Laparatomie, fand aber keine Spur eines anatomischen Hindernisses. Um eine Heilung zu versuchen, machte er eine Anastomose der letzten Ileumschlinge mit dem S Romanum. Der Erfolg war sehr gut, aber nur vorübergehend. Da die Patientin auf alle Fälle von ihrem Leiden befreit sein wollte, machte er jetzt die unilaterale Ausschaltung des Dickdarms und erlöste die Kranke dadurch dauernd von ihrer Stuhlverstopfung.

de Quervain-Chaux-de-Fonds: Die akute, nicht eitrige Thyreoiditis. Da unsere Kenntnisse von der akuten, nicht eitrigen Thyreoiditis noch sehr unvollständig sind, erscheinen die Beobachtungen, welche de Q. darüber gesammelt, nicht uninteressant. Es sind deren vier: zweimal folgte die Thyreoiditis auf eine akute Angina, einmal begleitete sie einen akuten Gelenkrheumatismus, einmal war ihre Entstehung unklar. Zweimal musste Vortr. chirurgisch eingreifen.

Der erste Fall, welcher zur Operation kam, liess unter dem Mikroskop keinerlei Andeutungen einer Entzündung erkennen. Im vierten Falle, wo keinerlei Entzündung vorausgegangen war, war die Operation am zehnten Tage nothwendig geworden. De Q. fand den linken Lappen der Schilddrüse vergrössert und hart, aber ohne Eiterung. Die bakteriologische Untersuchung war negativ, dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung Veränderungen, welche sehr deutlich Entzündungserscheinungen erkennen liessen, besonders in den Vakuolen. Die kolloide Substanz war verschwunden, die polynukleären Leukocyten waren in die Vakuolen ausgewandert und die epithelialen Zellen stark gewuchert.

Als praktische Schlussfolgerung seiner Erfahrungen räth er, jeden operativen Versuch bei der akuten Thyreoiditis zu unterlassen und nur salizylsaures Natron anzuwenden, da thatsächlich keine andere Erscheinungen auftreten, wie die sind, welche wir beim akuten Gelenkrheumatismus sehen.

Holländer-Berlin: Heilung der nicht puerperalen Osteomalacie durch Kastration.

Holländer verfügt über drei geheilte Fälle, die er vorstellt. Die eine Frau war um 20 cm kleiner geworden. Der Brustkorb schien bei ihr unmittelbar auf dem Becken aufzusitzen. Der Ileopsoas war bei ihr beiderseits gelähmt. Unmittelbar nach der Kastration hörten bei ihr die Schmerzen auf. Das Röntgenbild hatte vorher eine deutliche Undichtigkeit der Knochen ergeben, welche auch jetzt noch in geringerem Masse darauf wahrzunehmen ist.

Müller-Berlin: Sensibilitätsstörungen der Haut bei chirurgischen Erkrankungen innerer Organe. Müller weist darauf hin, dass es einen engen Zusammenhang giebt zwischen der Erkrankung innerer Organe und der Sensibilität bestimmter Hautpartieen, die zu bestimmten Rückenmarkssegmenten gehören. Durch den Nachweis der Hyperästhesie der zugehörigen Hautpartieen gelang es, sowohl die Erkrankung eines Testis, wie die einer Gallenblase richtig zu diagnostiziren, in zwei Fällen, bei denen die Diagnose vorher misslungen war.

Küster-Marburg. Ueber Periarthritis humero-scapularis. Küster lenkt die Aufmerksamkeit auf eine wenig gekannte, aber nicht seltene Affektion, von der er etwa 70 Fälle beobachtet hat. Man kann die Erkrankung auch Bursitis subacrominalis nennen. Diese Periarthritis ist stets traumatischen Ursprungs. Man kann eine akute und eine chronische Form unterscheiden. Unter den Symptomen, die sie macht, ist hervorzuheben die Empfindlichkeit auf Druck, welche auf die obere vordere Hälfte des Humeroscapulargelenkes lokalisirt ist. Bei der chronischen Form ist das Haupterkennungszeichen die Unfähigkeit, den Arm adduziren und abduziren zu können, während die Rotation frei und schmerzlos ist. Die Erkrankung ist häufig mit einer Neuralgie verbunden, welche man auf die Betheiligung des Nervus brachialis cutaneus internus schieben kann, da derselbe unmittelbar an dem Schleimbeutel vorbeizieht.

Bei den akuten Fällen verordnet Küster absolute Ruhe in einem immobilisirenden Verbande. Nach 10 bis 12 Tagen entfernt er den Verband und lässt vorsichtig Bewegungsversuche machen unter der Bedingung, dass sie nicht zu schmerzhaft sind. Bei der chronischen Form versucht er die Mobilisation in Narkose und lässt dann passive und aktive Bewegungen ausführen.

Heussner-Barmen. Dauererfolge bei Streckung der Kniegelenkskontraktur mit Sehnenüberpflanzung.

Wenn man bei Kontrakturen des Kniegelenks ein Dauerresultat erhalten will, dann genügt es nicht, nur eine Streckung herzustellen, sondern man muss auch, um die Streckung zu bewahren, die Sehnen von der Beugeseite auf die Streckseite überpflanzen. In 2 Fällen von Kontraktur des Kniegelenkes wegen Gonitis gonorrhoica, in denen er den Muscul. semitendinosus und biceps überpflanzt hat, ist die Streckstellung geblieben, bei einem Knaben dagegen, bei dem er, nach einer Streckung der Kontraktur nach Tuberkulose, nur die Bicepssehne überpflanzt hatte, war die Streckung auch geblieben, es hatte sich aber allmählich eine O-Beinstellung entwickelt, verbunden mit Einwärtsdrehung des Beines.

Vulpius hatte gemeint, man werde bei der Streckung der Kniegelenkskontraktur eben so weit kommen, wenn man die Beugesehnen nur durchschneide; das ist aber nicht der Fall.

Auch in einem Falle von Gelenkrheumatismus, bei dem zuerst nach der Streckung nur die Bicepssehne transplantirt worden war, hatte dies nicht genügt. Erst als auch der Semimembranosus überpflanzt wurde, trat eine vollständige Wirkung ein. Die Ueberpflanzung des Semimembranosus ist zwar technisch schwieriger, wie die des semitendinosus, sie hat aber den Vorzug, dass er in Folge seiner besseren Ernährung nicht so leicht absterben kann wie der semitendinosus.

Auch bei Stumpfflexionen ist die Methode gut anwendbar.

Engels-Hamburg demonstrirt eine Oberschenkelprothese mit in gebeugter Stellung tragfähigem Kniegelenk, die in ihrer Mechanik genau dem Streckapparat des Beines nachgebildet ist. Die Prothese steht in jeder Beugestellung sobald sie belastet wird, fest. Der Kranke kann sie in Folge dessen wie ein normales Bein bewegen und sich beim Treppensteigen auf sie stützen. Beim Herabsteigen von einer Treppe kommen die Vortheile derselben natürlich nicht zur Geltung.

Vulpius-Heidelberg. Zur Kenntniss der Myositis ossificans traumatica.

Die Myositis ossificans kann nach mehrmaligem Trauma entstehen, wie die im Musculus brachialis internus bei eifrigen Fechtern, oder nach einmaligem Trauma. Einen derartigen Fall hat er bei einem Eisenbahnarbeiter mit Bestimmtheit beobachtet und kann näher angeben, dass bei demselben kein Zusammenhang zwischen der Geschwulst und dem Periost des Oberschenkels bestand. Es war ein Hämatom vorhanden und um dieses herum war die knöcherne Lamelle.

Stabel-Berlin.

Der Verein der Bahn- und Kassenärzte im Bezirk der Kgl. Eisenbahn-Direktion Altona

hielt seine

II. ordentliche Generalversammlung

am Montag, den 12. Mai, in Kiel, Holst-Hotel,

ab, anwesend waren 43 Mitglieder, sowie seitens der Kgl. Eisenbahn-Direktion Herr Regierungsrath Kranke und Herr Assessor Vogt. Den Vorsitz führte Herr Dr. Wächter-Altona.

Nach Eröffnung der Versammlung macht der Vorsitzende einige statistische Mittheilungen; es seien jetzt von den 127 im Bezirk thätigen Aerzten 109 Mitglieder des Vereins. Drei anwesende Herren, die noch nicht Mitglieder waren, melden sich zur Aufnahme. Das Andenken des kürzlich in Warstede-Hemmoor verstorbenen Kollegen Rubberg wird durch Erheben von den Sitzen geehrt.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden beschliesst die Versammlung, die Wahl zweier Delegirten zum Bahnärzte-Tag in München im Herbst dem Vorstande zu überlassen. Die Versammlung beschliesst ferner, zunächst vor der Tagesordnung die neuen Verträge, welche seitens der Betriebskrankenkasse den einzelnen Herren zugegangen sind, einer Besprechung zu unterziehen.

Diskussion: Herr Dreibholz-Wilsnack vermisst die Kontrole der Kopfzahl seitens der Aerzte, wenn die Meldungen über Ab- und Zugang seitens der Kasse fortfallen, und fragt nach der Jahreszeit der Zählung, welche nur einmal im Jahre vorgenommen werden solle; es seien im Sommer wesentlich mehr Leute beschäftigt als im Winter. Ferner stehe die Forderung, event. auswärts Sprechstunden zu halten, nicht im Einklang mit den Bestimmungen der Standesordnung mehrerer Aerztekammern und ärztlichen Standesvereine; es sei zu befürchten, dass die Sprechstunden auch von der Privatpraxis ausgenutzt würden. Sollte indessen die Vermuthung richtig sein, dass die neuen Kontrakte direkt im Ministerium ihren Ursprung hätten, so würde wohl zunächst leider nichts dagegen zu machen sein.

Herr Reg.-Rath Kranke motivirt die Forderung der auswärtigen Sprechstunden, die alt und bereits in den früheren Kontrakten vorhanden sei; auch sollen die Sprechstunden nur für die Kassenmitglieder abgehalten werden. Er theilt mit, dass der neue Vertragsentwurf direkt aus dem Ministerium stamme.

Herr Assessor Vogt nimmt in entgegenkommender Weise als Zeit für die Zählung zunächst den 1. Juli, später den 1. April in Aussicht, um so den Nachtheil für die Aerzte, welcher in der Abänderung der Pauschalsumme erst bei 10% Ab- oder Zunahme liegt, auszugleichen.

Herr Dreibholz empfiehlt, hier von einer weiteren Besprechung Abstand zu nehmen, die Angelegenheit aber im Ausschuss (Berlin) zur Sprache zu bringen und event. durch diesen bei dem Minister wegen Abänderung einzelner Bestimmungen vorstellig zu werden. Er beantragt mit Rücksicht auf die Erklärungen des Kassenvorstandes Uebergang zur Tagesordnung; wird angenommen.

2. Herr Scholefield-Billwärder empfiehlt ein neues Formular zur Vereinfachung der Krankenscheine.

3. Herr Claussen-Heide macht Vorschläge zur Vereinfachung der Untersuchungsformulare; es komme im Sommer oft vor bei den Streckenarbeitern, dass Leute mehrmals die Arbeit niederlegten und wieder aufnähmen und jedesmal auf Sehschärfe, Gehör, Farben u. s. w. untersucht werden müssten; dies sei für solche Leute überhaupt nicht erforderlich.

Diskussion: Aus Mittheilungen von Herrn Bulle-Cuxhaven und Valentin-Hamburg ergiebt sich, dass es bereits einfache Formulare für solche Zwecke giebt, dass dieselben aber wenig angewandt werden. — Herr Reg.-Rath Kranke stellt Abhilfe in Aussicht.

4. Herr Sachs-Hamburg spricht über Diagnose und Prognose der Ohrenerkrankungen auf Grund der Funktionsprüfungen.

Der Vortrag soll in der Sachverständigenzeitung veröffentlicht werden.

5. Herr Cramer-Wittenberge bespricht zwei Fragen aus dem Eisenbahnsamariterwesen.

I. Die Asepsis. a) der Laienwundverbände, b) der ärztlich-instrumentellen Nothhilfe an Ort und Stelle der Verunglückung.

II. Die Beförderung der Verunglückten.

6. Hieran schliesst Herr Dr. von Fischer-Benzon-Flensburg seinen Vortrag (No. 8 der Tagesordnung) zur Ausrüstung der Rettungskästen; er bedauert, dass in den Kästen die Drahtschienen durch Schienen von Pappe und Schusterspähnen, und die Gummibinden durch Trikotschlauchbinden ersetzt werden, er hält die Trikotschlauchbinden für ungenügend, bei der Verletzung einer grösseren Arterie eine Kompression des Armes oder Beines herbeizuführen.

In der Diskussion wird von anderer Seite die Brauchbarkeit der neuen Sachen betont.

Der Vortrag desselben Herrn Kollegen: Ueber die Erhaltung der Gesundheit und der Dienstfähigkeit des Zugpersonals soll in der Sachverständigen-Zeitung ausführlich veröffentlicht werden.

7. Der Antrag des Herrn Claussen-Heide: „Die Königl. Eisenbahndirektion wird ersucht, thunlichst dafür Sorge zu tragen, dass die Beamten und Arbeiter möglichst nahe an der Strecke Wohnung nehmen," wird, nachdem Herr Cl. die Schwierigkeiten für die Aerzte bei weiten Entfernungen von der Strecke hervorgehoben und betont hat, dass von der Direktion Fuhrkosten nicht bewilligt würden, angenommen.

9. Als Ort für die nächste Generalversammlung wird Flensburg bestimmt.

Nach Schluss der Versammlung fand ein gemeinsames Essen im Holst-Hotel und darauf eine Fahrt auf dem Kieler Hafen statt.

Dr. Wegner.

Fünfte Hauptversammlung des Bahnärztevereines für den Direktionbezirk Magdeburg

am 18. Juni 1902.

Koll. Hager-M.-Neustadt eröffnete um 4 Uhr die von 35 Mitgliedern besuchte Versammlung mit einer Begrüssung.

Nach Wiederwahl des Vorstandes durch Zuruf, nach Prüfung der Kassenführung und nach Entlastung des Schatzmeisters wird beschlossen, für das Jahr 1902 den Beitrag von 3 Mark einzuziehen.

Hager berichtet über den am 18./19. September in München tagenden Bahnärztetag und bittet Vorträge bei Koll. Schwechten-Berlin, oder Koll. Zeitlmann-München, anzumelden. Es wird beschlossen, seitens des Vereins nur so-

viel Delegirte hinzusenden, als Freifahrtskarten bewilligt werden; es werden als solche Creutzberg-Salzwedel, Kluge-Wolmirstedt, Hager-Magdeburg gewählt. Diäten werden den Vertretern nicht bewilligt.

Aus Anlass unserer Beschwerde über die Abhaltung von Kurpfuschervorträgen in Räumen des Halberstädter Bahnhofs hat der Herr Minister eine Verfügung erlassen, durch die den Beamten ein amtliches Eintreten für nicht approbirte Heilpersonen untersagt und die Abhaltung von ärztlichen Vorträgen in bahnfiskalischen Räumen nur den Bahnärzten oder anderen Aerzten nur mit bahnärztlicher Zustimmung gestattet wird.

Die Königl. Direktion hat um Vorschläge für den Ersatz der Gummi- und der Trikotbinden in den Verbandskästen ersucht. Von verschiedenen Seiten werden Binden aus gewebtem Gummi oder auch aus Durit empfohlen. Man beschliesst, die Anfrage der Entscheidung durch den Bahnärztetag zu unterbreiten.

Hager mahnt, bei der Untersuchung neu einzustellender Personen möglichst rigoros zu verfahren, und setzt eine Liste zur Einzeichnung der zahlenmässigen Ergebnisse bei der Lungenheilstättenbehandlung Eisenbahnbediensteter in Umlauf.

Des Weiteren demonstrirt er das Phänomen der Agglutination von Tuberkelbazillen durch ein immunes Serum. Die Tuberkelbazillen-Lösung wie das Immunserum sind aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin bezogen.

Der Vortr. betont die Wichtigkeit dieses Agglutinationsphänomens für die Lehre der Infektionskrankheiten und besonders als sichtbares Zeichen des Grades der Immunität.

Für die Anwendung des Tuberkulin-Heilverfahrens bei Tuberkulose habe man in dieser Reaktion eine ad oculos zu demonstrirende Grundlage und Kontrole.

Cäsar-Halberstadt hält sodann einen erschöpfenden und interessanten Vortrag über traumatische Neurose — ein besonders für den Eisenbahnarzt interessantes Thema — gewürzt durch Kasuistik selbst erlebter Fälle.

Der Vortrag mit daran sich anschliessender Diskussion soll in dieser Zeitschrift zur Veröffentlichung gelangen.

Schluss 7 Uhr und gemeinschaftliches Mahl.

Fischer.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Blutsturz bei der Arbeit kein Betriebsunfall.

Entsch. v. 27. April 1901.

Der am 2. August 1869 geborene Bierfahrer D. aus B. hat am 16. Juni 1900 in die Wohnung eines zwei Treppen hoch wohnenden Kunden eine achtel Tonne Bier gebracht und wurde, als er das Bier niedergesetzt hatte, von einem Blutsturz befallen. Nachdem sich der Blutsturz noch einige Male wiederholt hatte, ist D. am 18. Juni 1900 verstorben. Der von der Wittwe erhobene Anspruch auf Rente ist durch Bescheid des Vorstandes der Berufsgenossenschaft abgewiesen worden, weil der Tod des Verstorbenen nicht auf einen Betriebsunfall zurückzuführen sei. Gegen diesen Bescheid hat die Wittwe D. rechtzeitig Berufung eingelegt und angegeben, dass ihr Ehemann, welcher vorher stets gesund gewesen sei und an dem Unfallstage noch besonders schwer gearbeitet habe, bei dem Absetzen des Achtels eine Zerreissung des Zwerchfells (!) erlitten habe, wodurch der Blutsturz veranlasst worden sei. Die Berufung wurde jedoch aus folgenden Gründen abgewiesen: Der angefochtene Bescheid gründet sich auf ein Gutachten des Kgl. Gerichtsphysikus Dr. St. in B. vom 22. Juni 1900. Dieser Arzt, welcher die Leiche des Verstorbenen am 21. Juni 1900 sezirt hat, kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass D. an ausgebreiteter Lungenschwindsucht gelitten hat, die bereits zur Höhlenbildung geführt hatte. Nach Ansicht des ärztlichen Sachverständigen war jede geringste Körpererschütterung geeignet, die durch die Lungenschwindsucht bereits zerstörten Lungengefässe zum Bersten zu bringen und damit eine Blutung hervorzurufen. Die am 16. Juni eingetretene Blutung hätte daher auch ebensogut beim Niesen, Husten etc. eintreten können. Auf Grund dieses ärztlichen Gutachtens und auch des Umstandes, dass die Arbeit des Verstorbenen, bei der der Blutsturz eingetreten ist, keine über den Rahmen der gewöhnlichen Arbeitsleistung eines Bierfahrers hinausgehende Thätigkeit war, hat das Schiedsgericht für erwiesen erachtet, dass der Tod des D. nicht auf einen Betriebsunfall zurückzuführen ist, sondern durch die weit vorgeschrittene Lungenschwindsucht veranlasst worden ist. Der Rekurs der Hinterbliebenen ist verworfen worden. In der Begründung heisst es nach Anführung der gutachtlichen Aeusserungen des Dr. St. Das Rekursgericht hat die Ueberzeugung erlangt, dass die wesentliche Ursache für den Tod des D. in dem krankhaften, schon lange Zeit vor dem Tode bestandenen Lungenbefund zu erblicken ist. Es hat sich bei dem als Unfall angesprochenen Vorgang vom 16. Juni 1900 auch nicht um eine besondere Anstrengung des D. gehandelt, da derselbe unmittelbar vor dem Eintritt des ersten Blutsturzes nur eine Achteltonne, also eine geringe Last getragen hat. Auch der Umstand, dass D. nach der Bescheinigung der Ortskrankenkasse vom 19. April 1901 in den letzten $6^1/_2$ Jahren niemals krank gewesen ist, kann als erheblich noch nicht angesehen werden, weil erfahrungsgemäss an hochgradiger Lungenschwindsucht erkrankte Personen bis zu dem Augenblick, in welchem ohne ersichtlichen Anlass ein Platzen eines Gefässes bei ihnen eintritt, im Stande sind, selbst anstrengende Arbeiten zu verrichten. Nach dem Obduktionsbefund hat auch nicht, wie die Kläger behaupten, eine Zerreissung des Zwerchfelles des D. bei dem Unfall stattgefunden, dasselbe hat vielmehr ebenso wie die Lungen bereits Fäulnisserscheinungen, aber keine Zerreissung gezeigt. Das Bersten der Blutgefässe des D. kann deshalb nicht auf den als Unfall angesprochenen Vorgang als Ursache zurückgeführt werden, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Betriebsthätigkeit und dem Tode besteht sonach nicht. M.

Aus dem Kammergericht.

Aerztekammer und Kurpfuscher.

Entscheidung vom 23. Juni 1902.

Der Naturheilkundige L. hatte in Zeitungen seine Fähigkeiten, Krankheiten zu heilen, welche durch allopathische Behandlung nicht hätten beseitigt werden können, in einer Weise angepriesen, dass sich die Aerztekammer der Provinz Brandenburg veranlasst sah, gegen L. auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes vom 27. Mai 1896 Strafantrag zu stellen, wonach sich Derjenige strafbar macht, welcher in der Absicht, den Anschein eines besonders günstigen Angebots hervorzurufen, in öffentlichen Bekanntmachungen oder in Mittheilungen, die für einen grösseren Personenkreis bestimmt sind, über gewerbliche Leistungen wissentlich unwahre und zur Irreführung geeignete Angaben thatsächlicher Art macht. Das Schöffengericht verurtheilte den Angeklagten zu einer Geldstrafe in Höhe von 150 Mk. und die Strafkammer verwarf die eingelegte Berufung des Naturheilkundigen, da der gesetzliche Thatbestand des unlauteren Wettbewerbes in den fraglichen Inseraten zu finden sei. Der Angeklagte, welcher früher im Bankfach thätig war, gebe an, mehr leisten zu können als wissenschaftlich gebildete Aerzte. Bei der Gemeingefährlichkeit von solchen Kurpfuschern erscheine auch

eine hohe Strafe gerechtfertigt. In seiner Revision behauptete der Angeklagte, die Aerztekammer sei nicht befugt gewesen, gegen ihn einen Strafantrag zu stellen; er habe thatsächlich grosse Erfolge erzielt und könne nicht als gemeingefährlicher Mensch angesehen werden. Das Kammergericht hob die Vorentscheidung auf und wies die Sache an die Vorinstanz mit der Begründung zurück, die Aerztekammer sei unbedingt berechtigt gewesen, den Strafantrag zu stellen; es bleibe aber noch zu prüfen, ob der Angeklagte wissentlich unwahre und zur Irreführung geeignete Angaben thatsächlicher Art gemacht habe; dies sei dann anzunehmen, wenn er bei gewissen Krankheiten durch seine Methode sichere Heilung für jeden Fall garantire. M.

Tagesgeschichte.

Die Aerzte und die Deutsche Arbeiterversicherung.

Auf dem Internationalen Arbeiter-Versicherungskongress, der seine sechste Tagung vor Kurzem in Düsseldorf abhielt, redete der einstige Präsident des Reichsversicherungsamts in gewohnt lichtvoller Weise über die wirthschaftliche und politische Bedeutung der Deutschen Arbeiterversicherung. Wir finden vielleicht bald Gelegenheit, den Inhalt seines ganzen Vortrags auszugsweise hier wiederzugeben, heute wollen wir nur unsre Leser durch den Abdruck der Worte erfreuen, die Herr Geheimrath Bödiker, gewiss einer der besten Kenner der einschlägigen Verhältnisse, uns Aerzten widmet. Er sagt:

„Unter den Faktoren der Arbeiterversicherung bilden einen der wichtigsten die Aerzte.

Nicht nur ist die Milliarde, die seit 1885 für Heilzwecke aller Art von den Versicherungsorganen aufgewandt wurde, wesentlich durch ihre Hand gegangen oder wenigstens auf ihre Anweisung verausgabt, als Gutachter haben sie auch einen massgeblichen Einfluss auf die Höhe der Rente, als behandelnde Aerzte auf die geringere oder grössere Dauer der Erwerbsfähigkeit, also auf die Verminderung oder Vermehrung der zu tragenden Lasten.

Es ist auf diese Weise der ärztliche Stand in den Mittelpunkt der ganzen Versicherungsorganisation gerückt, das Gebiet seiner Aufgaben wesentlich erweitert, sein Einfluss gestärkt, sein Einkommen, was ihm sehr zu gönnen ist, vermehrt. Dass früher nicht die Hälfte der jetzt ärztlich behandelten Fälle in den Arbeiterfamilien zur ärztlichen Kognition kam, dürfte keinem Zweifel unterliegen; dass in Folge dessen die Sterblichkeit grösser, dauernde oder theilweise Erwerbsunfähigkeit verbreiteter, die Honorirung der Aerzte eine ungleich unzulänglichere war, ist ebenso gewiss.

Nun ist es aber für die Allgemeinheit nicht nur von wirthschaftlicher Bedeutung, dass der Arbeiter möglichst gesund und leistungsfähig erhalten wird, sondern die möglichste Entfaltung und Entwicklung der ärztlichen Thätigkeit an sich, der Verkehr der Aerzte in den Arbeiterfamilien, die Anerkennung ihres besonderen Werthes als Mitbestimmer der Höhe der Rente, der Durchbruch des Grundsatzes auch für sie, „dass der Arbeiter seines Lohnes werth ist“, liegt im allgemeinen öffentlichen, wirthschaftlichen wie politischen Interesse. Die Arbeiterversicherung hat hierzu wesentlich beigetragen; und der ärztliche Stand hat sein Bestes gethan, die ihm gewordenen neuen Aufgaben zu erfüllen.

Dazu kommt als fernerer, im letzten Effekt auch wirthschaftlich werthvoller Erfolg die Vertiefung der medizinischen Wissenschaft durch eingehende Behandlung, Begutachtung und Oberbegutachtung schwieriger Fälle, die sich früher in der Menge verloren, oder überhaupt nicht zur ärztlichen Kenntniss gelangten. Das Reichs-Versichernngsamt veröffentlicht seit lange diese Obergutachten, unter denen sich solche von Universitätsfakultäten von hohem wissenschaftlichem Werthe befinden.

Dass sich an jene reguläre ärztliche Behandlung die Errichtung mustergiltiger Heilanstalten auf Kosten der Versicherungsorgane geschlossen hat, in denen z. B. die Behandlung mit Röntgenstrahlen am ersten in grossem Massstab betrieben wurde („Bergmannsheil“ in Bochum), und dass private medikomechanische Institute und orthopädische Anstalten entstanden, die zu Nutz und Frommen der Allgemeinheit ihre Existenz fanden, weil die Berufsgenossenschaften ihre Verletzten ihnen zuführten, möge nur noch nebenher berührt werden.“

Man ist heute so sehr geneigt, nur die wirthschaftlichen Schwierigkeiten, die hässlichen Kämpfe, die Hineinziehung in allerlei Parteiwesen und -unwesen zu beachten, die dem Aerztestande aus der staatlichen Arbeiterversicherung erwachsen sind. Da ist es ganz gut, wenn auch einmal wieder betont wird, wie gerade bei der Durchführung dieser Versicherung der Werth des ärztlichen Standes für das öffentliche Wohl nicht unverkannt bleiben kann, und wie auch der ärztlichen Wissenschaft durch die Arbeiterversicherung neue und bedeutsame Bahnen erschlossen worden sind.

Die parlamentarischen Beschlüsse zur Bekämpfung der Trunksucht.

Sowohl im preussischen Abgeordnetenhause als im Herrenhause sind auf Antrag der Abgeordneten Graf Douglas bezw. von Levetzow Beschlüsse zur Bekämpfung der Trunksucht gefasst worden, und zwar in folgendem Wortlaut:

Die Königliche Staatsregierung wird aufgefordert:

1. nach dem Vorgange der Gesetzgebung süddeutscher Bundesstaaten schon in nächster Tagung einen Gesetzentwurf zur Verhütung und Einschränkung des schädlichen Genusses alkoholhaltiger Getränke vorzulegen, durch welchen insbesondere Gast- und Schankwirthen sowie Kleinhändlern untersagt wird, Branntwein an Personen unter 16 Jahren [in der Fassung des Abgeordnetenhauses: an Kinder unter 14 Jahren überhaupt, an Personen vom 14. bis zum 16. Lebensjahre zum eignen Gebrauch] sowie geistige Getränke zu verabreichen an Betrunkene und solche Personen, die von der Polizeibehörde den Gast- und Schankwirthen als Trunkenbolde bezeichnet sind;

2. durch geeignete Veröffentlichungen den weitesten Kreisen des Volkes zum Bewusstsein zu bringen, welche schädliche Wirkungen der übertriebene Alkoholgenuss auf die körperliche und geistige Gesundheit, die Nachkommenschaft, die Erwerbsthätigkeit, das Anwachsen der Verbrechen hat;

3. Erhebungen über die für Trinker bestehenden Heilanstalten und sonstigen Finrichtungen anzustellen und die Unterbringung von Trinkern in geeignete Anstalten sowie die Fürsorge für sie zu fördern,

insbesondere auf Einrichtung öffentlicher Anstalten zur Unterbringung der wegen Trunksucht Entmündigten Bedacht zu nehmen, und zwar bei unbemittelten Trunksüchtigen nach Massgabe des Gesetzes vom 11. Juli 1891 und des Gesetzes vom 2. Juli 1900;

4. in Wartesälen, Wartezimmern der Behörden und sonstigen öffentlichen Räumen, in welchen das Publikum zu verweilen pflegt, durch bildliche Darstellungen und geeignete Belehrungen die schädlichen Wirkungen des übertriebenen

Alkoholgenusses, insbesondere auch auf die Organe des menschlichen Körpers zu veranschaulichen;

5. darauf zu halten, dass die Jugend in der Schule über die schädlichen Folgen des übertriebenen Alkoholgenusses aufgeklärt wird und zwar in den oberen Klassen der höheren Lehranstalten durch Aerzte;

6. in allen staatlichen und der staatlichen Aufsicht unterstellten Betrieben mustergiltige Einrichtungen zur Verhütung des Alkoholmissbrauches zu schaffen, die Bestrebungen der Privaten und der Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht zu fördern und ebenso in erhöhtem Masse die Einrichtungen von Volksbibliotheken, Lesehallen und anderen Aufenthaltsräumen ohne Trinkzwang sowie Spielplätzen zu fördern;

7. ferner auf den Erlass von Polizeiverordnungen hinzuwirken, durch welche nach Lage der örtlichen Verhältnisse der Ausschank und Verkauf von geistigen Getränken in den späten Abendstunden und frühen Morgenstunden sowie während des Hauptgottesdienstes an Sonn- und Festtagen verboten wird, und zwar thunlichst durch Festsetzung von Polizeistunden für Schänken;

8. bei dem Bundesrathe dahin vorstellig zu werden, dass eine Verordnung erlassen wird, nach welcher es den Gast- und Schankwirthen sowie den Kleinhändlern untersagt wird, Branntwein in anderem als reinem, von gesundheitsschädlichen Stoffen freiem Zustande zu verabreichen;

9. bei den gesetzgebenden Körperschaften des Reichs eine Novelle zum Strafgesetzbuch einzubringen, die bestimmt, dass Trunkenheit nur dann, wenn sie unter starkem äusseren Zwange entstanden ist, als strafmildernd und strafmindernd angesehen werden darf;

10. bei den verbündeten Regierungen auf den Erlass eines Gesetzes zur Bekämpfung der Trunksucht hinzuwirken, welches die Konzessionspflicht im Sinne des Gesetzentwurfs zur Bekämpfung der Trunksucht vom 15. Januar 1892 regelt, ferner auch die Vorschriften der §§ 2, 3 und 10 des Gesetzentwurfs enthält;

11. bei den verbündeten Regierungen auf Erlass eines Gesetzes hinzuwirken, nach welchem Bier unter 2 % Alkoholgehalt steuerfrei ist;

12. nach Analogie der Kommission zur Bekämpfung der Krebskrankheit und Tuberkulose eine Landeskommission zur Bekämpfung der Trunksucht einzusetzen.

Reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens.

Nach einer Erklärung, die der Vertreter der verbündeten Regierungen in der Petitionskommission des Reichstags abgegeben hat, ist vom Reichsamt des Innern eine Umfrage an die Bundesregierungen ergangen, wie sie zu der im Februar gefassten Resolution des Reichstags, betr. Regelung des Irrenwesens, Stellung nehmen. Die Antworten liegen zur Zeit noch nicht vor.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 26. Mai 1902 betr. die allgemeine Beeidigung der Kreisärzte.

Der Diensteid des Kreisarztes deckt auch die von ihm innerhalb seiner amtlichen Zuständigkeit abgegebenen Gutachten, er ist kraft seines Amtes auch ein zur Erstattung medizinisch-gerichtlicher Gutachten in straf- und zivilrechtlichen Angelegenheiten öffentlich bestellter Sachverständiger.

Ein Gerichtsarzt, der aus besonderer Veranlassung ausserhalb seines Bezirkes ein Gutachten erstattet, muss besonders vereidigt werden, oder er kann auch nach § 79 St. Pr. O. bzw. § 404 C. Pr. O. ein für allemal vereidigt werden. Wenn dies beabsichtigt wird, ist es nicht statthaft, vorher die Aerztekammer zu hören, da der Gerichtsarzt als Medizinalbeamter der Disziplin der aus den Aerztekammern gebildeten Ehrengerichte nicht untersteht.

Erlass vom 21. Mai 1902 betr. Verwendung der Kresolseife in der Hebammenpraxis.

An Stelle von Lysol- und Karbollösungen ist die Verwendung der billigeren Kresolseife bezw. des Liquor Kresoli saponatus des Arzeibuches statthaft und empfehlenswerth.

— — vom 28. Februar 1902 betr. Ausführung und Berechnung der auf Rezepten angegebenen Lösungsverhältnisse.

Beispiel: Die Verordnung: Solutio acidi borici 10 : 500 ist so anzufertigen, dass 10 gr Borsäure in 490 gr Wasser gelöst werden, und ebenso zu berechnen. Bei unausführbaren Lösungsverhältnissen ist mit dem Arzte Rücksprache zu nehmen.

— — vom 12. Juni 1902 betr. Stempelpflichtigkeit des Fähigkeitszeugnisses für die Zulassung zum Hebammenberuf.

Das Fähigkeitszeugniss ist nicht als Vorzeugniss nach Position 77a des Stempelsteuergesetzes anzusehen. Es bedarf daher des Stempels.

— — vom 3. Juni 1902 betr. Bewilligung von Baracken seitens des Zentralkomitees des Preussischen Landesvereins vom Rothen Kreuz zur dauernden Verfügung der Provinzialvereine.

— — vom 16. Mai 1902 betr. Verkehr mit Marzipanwaaren.

Die Behörden, denen die Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs obliegt, sollen besonders scharf darauf achten, ob zum Ersatz mangelnden Aromas Bittermandelöl oder Nitrobenzol den Marzipanwaaren zugesetzt wird.

Bekanntmachung vom 27. Mai 1902 betr. Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Walz- und Hammerwerken.

Fragebeantwortung.

Herr Dr. V. in H.

bemerkt in einer Zuschrift an die Redaktion betreffs des Aufsatzes: Giftmord am Altar ungefähr Folgendes:

Der Herr Verfasser jenes Aufsatzes betont in seinen Ausführungen, dass bei dem Giftmorde des Propstes W. die Möglichkeit einer Selbsttödtung ausgeschlossen und dass insbesondere auch eine geistige Störung desselben nicht anzunehmen sei. Dazu berichtet er thatsächlich, dass W. mit verschiedenen Personen seiner Umgebung nicht auf friedlichem Fusse gelebt, und Prozesse geführt habe, auch in der letzten Zeit sehr vorsichtig bei dem Genuss von Speisen und Trank gewesen sei, weil er befürchtet, vergiftet zu werden.

Wenn der Herr Verfasser diese Thatsachen für unerheblich zur Aufklärung des Falles hält, so meint der Herr Einsender, dass ihm viele Aerzte darin nicht werden beistimmen können, und dass im Gegentheil diese Anschauungsweise des Probstes sehr dafür spräche, dass er eine krankhafte Voreingenommenheit gegen die Aussenwelt gehabt habe.

Die Redaktion kann nicht umhin, sich diesen Bedenken anzuschliessen. Selbst wenn der Propst W. thatsächliche Gründe für ein Misstrauen gegen seine Umgebung hatte, so ist doch die Art, wie er dasselbe äusserte, einer krankhaften Auffassung der Aussenwelt mindestens verdächtig und darum ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass er, um den Qualen innerer krankhafter Unruhe zu entgehen, sich das Gift selbst in den Wein mischte. Dass er dies in so ungewöhnlicher Form that, ist mit den phantastischen Gedankenverknüpfungen eines Geisteskranken durchaus vereinbar. L.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung. 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. | № 15. | Ausgegeben am 1. August.

Inhalt:

Aus der Ohrenabtheilung der Königl. Universitätpoliklinik zu München.

Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung.

Eine kleine Studie für Aerzte und Sachverständige.

Von

Professor Dr. **Rud. Haug.**

(Schluss.)

Gehen wir nun über zu dem für uns wichtigsten Abschnitte, zur Abwägung des Werthes dieser Verletzungen für den Verletzten, zu ihrer Begutachtung.

Wir haben hier zunächst, ehe wir auf die Spezialisirung eingehen, einige ganz allgemein giltige Momente zu erörtern.

Zuvörderst müssen wir daran festhalten, dass uns Gelegenheit gegeben sei, wo irgend thunlich, den objektiven Befund zeitig, so bald als möglich, nach dem angeschuldigten Trauma zu erheben; denn nur dann ist es uns — es gilt das in erster Linie natürlich für die mit Ruptur der Membran einhergehenden Läsionen — überhaupt möglich, mit Sicherheit zu sagen, ob thatsächlich ein Trauma vorliegt oder nicht. So dürfen wir für eine absolut sichere Diagnose der traumatischen Rupturen höchstens ca. dreimal 24 Stunden verstrichen wissen; ist dieser Zeitraum überschritten, so können sich schon derartige Veränderungen, entweder Fortschritte zur Heilung hin oder, bei infizirten Wunden, akute exsudativreaktive Entzündungen eingestellt haben, dass die Sicherheit der Diagnose schon sehr einer gewissen Wahrscheinlichkeit, den Kausalnexus feststellen zu können, weichen muss.

Gilt diese erste Forderung wesentlich für die Rupturen, so gilt die nun folgende zweite für alle Luftdrucks- und Erschütterungstraumen, speziell für die Labyrintherschütterungen, nämlich nie ein definitives Urtheil über den Fall abzugeben, ehe ein Zeitraum von ca. 6 bis 8 Wochen seit dem Tage des Traumas hingegangen ist.

Auch das hat seinen Grund in den ja bereits angedeuteten Variabilitäten des Verlaufes des einzelnen Falles, indem ein anfänglich vielleicht sehr schwer erscheinender Fall doch innerhalb der zwei Monate sich erheblich bessern oder heilen oder aber ein leichterer sich mit schweren Komplikationen vergesellschaften kann.

Selbstverständlich ist es, wo nur irgend möglich, dringend wünschenswerth, dass diese ganze Zeit über die Beobachtung durch den erstmals untersuchenden Arzt gehandhabt werde oder dass wenigstens eine Nachkontrole von dieser Seite stattfinden könne.

Bezüglich des Punktes, ob das Ohr früher ein völlig gesundes gewesen war, wird wohl die Anamnese einen annähernden Aufschluss geben, indess darf man sich auf sie, aus bekannten Gründen (Subjektivität des Patienten), hier a priori nie zu viel verlassen, sondern muss sich so viel als möglich auf den objektiven Befund der Untersuchung stützen

der uns nur zu häufig zeigt, dass wir es mit Gehörorganen zu thun haben, die schon lange Zeit vorher nicht mehr normal waren. Die interessantesten Aufschlüsse erhalten wir hier, oft zu unserer Verwunderung, durch die vergleichende Untersuchung der beiden Gehörorgane, indem das angeblich gesunde, durch das Trauma nicht betroffene Ohr die gleichen oder schwerere Veränderungen aufweist als das lädirte.

Und wenn es auch weiterhin (unleugbare) Thatsache ist, dass die durch vorausgegangene pathologische Prozesse veränderten Trommelfelle und Gehörorgane relativ einem Trauma viel leichter erliegen als bisher völlig gesund gewesene, so dürfen wir darüber nicht ausser Acht lassen, dass trotzdem diese Trommelfelle wohl den gleichen Werth für ihre Träger gehabt hatten wie ein bisher normales, ja, es besitzen diese Gehörorgane ein in gewisser Beziehung anderes höheres Aequivalent für ihre Träger, da es bei ihnen sehr darauf ankommt, dass der Status zur Zeit womöglich nicht verschlechtert werde und das geschieht eben durch ein Trauma leicht, während das vorher normale Ohr sich wieder ganz erholen kann. Es wurde früher schon kurz auf diese Verhältnisse hingedeutet und dabei betont, dass für Verletzer aus diesen Gründen auf keine mildernden Umstände plaidirt werden dürfe.

Dann giebt es noch einige allgemeine Momente, die wir bei der Abwägung zur Begutachtung nicht vergessen dürfen. Hierher gehören zunächst eine gewisse nervöse Disposition bis hinauf zu den entwickelteren Graden der Hysterie und Neurasthenie. Hier können zuweilen schon relativ sehr geringfügige Läsionen höchstgradige Funktionsstörungen nach sich ziehen, ohne dass der objektive Befund einen absoluten Aufschluss giebt oder geben kann. Man wird in solchen Fällen gar manchmal schwanken, ob der Patient nicht direkt unter die Simulanten zu verweisen sei und doch ist er thatsächlich krank, sobald eine exakte Prüfung nicht allein der lokalen Ohrverhältnisse, sondern auch der Allgemeinsymptome stattfindet. Ebenso dürfen wir nicht vergessen, dass der Verlauf einer Läsion wesentlich beeinflusst werden kann durch eine Reihe von Allgemeinerkrankungen meist chronischer Natur; so werden bei bestehendem Diabetes, Tuberkulose u. s. w. relativ anfänglich minimale Substanzverluste ohne direkte Infektion blos auf Basis der betreffenden Diathese zu grossen Zerstörungen und schweren Störungen führen können.

Es kann und darf der bösartigere Verlauf dem Verletzer gerade so wenig aufs Konto gesetzt werden, als wenn durch unvernünftiges Gebahren des Patienten, durch ungeeignete Behandlung (wie Eingiessen von Oel, Kamilleninfus, Milch, das Einlegen von Speckschwarten, Reiskörnern, Ausspritzen auch eventuell mit antiseptischen Flüssigkeiten) eine folgenschwere eiterige Entzündung sich einstellt.

An der Hand dieser allgemeinen Voraussetzungen nur können wir zur direkten Abwägung des Werthes der Verletzung, zu einem objektiven gerechten Urtheil gelangen.

Es ist somit eine einfache Ruptur des Trommelfells, mit oder ohne Blutungen, sofern keine gleichzeitige Labyrintherschütterung besteht (Stimmgabel auf dem kranken Ohr), sofern der Verlauf ein normaler ist (also wenn keine Infektion auftritt) als eine leichte Verletzung aufzufassen, aus der dem Verletzten in Zukunft kein weiterer Schaden erwachsen wird.

Selbstverständlich ändert sich die Sachlage sofort zum Gegentheil, wenn irgend welche komplikatorische Momente hinzutreten, in erster Linie hier eine Infektion der Wunde sich zeigt.

Eine Labyrintherschütterung ohne Zerreissung der Membran (— Stimmgabelton auf die gesunde Seite verlegt, Knochenleitung verkürzt oder aufgehoben —) ist dagegen im Allgemeinen als eine schwere Verletzung in Bezug auf die Funktion des Ohres zu erachten — obschon eine Lebensgefährlichkeit ihr an und für sich nicht innewohnt — wenn nach Ablauf der Beobachtungszeit die Hörfähigkeit sich noch nicht gebessert hat und die subjektiven Geräusche sich in continuo erhalten.

Als schwere Verletzung im Allgemeinen ferner ist zu betrachten die Ruptur mit Labyrintherschütterung (— Stimmgabel trotz Ruptur nicht auf der verletzten, sondern auf der guten Seite wahrgenommen, bei Verkürzung oder Verschwinden der Knochenleitung —), wenn aus ihr folgt eine dauernde hochgradige Schwächung des Hörvermögens mit begleitenden Ohrgeräuschen; erschwert wird dieses Verhältniss eventuell durch das Nichtzuheilen der gesetzten Trommelfelllücke, da diese persistente Lücke zu jeder Zeit zur Entstehung einer eiterigen Mittelohrentzündung Veranlassung geben kann.

Als schwere bis sehr schwere Verletzung muss die obgenannte Kombinationsläsion gelten dann, wenn sich zu ihr eine komplikatorische Mittelohreiterung gesellt, da es sich nunmehr nicht blos um eine Lokalerkrankung handelt, die in Verbindung mit der Labyrintherschütterung zu einer wahrscheinlich bleibenden Taubheit führen kann, sondern um eine Affektion, aus welcher jeden Augenblick sich eine tödtlich endigende intrakranielle Komplikation (Meningitis, Sinusthrombose, Phlebitis, Hirnabscess) entwickeln kann. Es liegt also hier eine lebensgefährliche Verletzung vor und zwar ist auf Lebensgefahr so lange zu erkennen, als die Rupturstelle nicht absolut durch Narbengewebe geschlossen ist.

In Bezug auf die Funktion des Gehörorganes allein bleibt sie als schwere bestehen, wenn innerhalb der Beobachtungsfrist sich die hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit mit Geräuschen nicht mindert, wenn dazu die Ruptur sich nicht schliesst, auch ohne Eiterung, oder, wenn nach abgelaufener Eiterung ausgedehntere Verwachsungen des ehemaligen Rupturscaumes mit den Paukenwandungen als Residuen zurückbleiben.

Selbstverständlich ist bei allen diesen Verletzungen eine 6—8 wöchentliche Beobachtungsdauer, bei den einfacheren Rupturen wenigstens die Konstatirung der absoluten Heilung resp. des definitiven Ausganges vorausgesetzt.

Nicht ausser Acht lassen dürfen wir, dass es, und zwar verhältnissmässig nicht einmal sehr selten, bei Verletzung des einen Ohres zu einer Beeinträchtigung der Hörfunktion auch des andern, nicht verletzten Ohres, kommen kann.

Wir haben nun noch die Behandlung der in Frage stehenden Verletzungen kurz zu erörtern. Bekommen wir eine frische traumatische Trommelfellruptur, mit oder ohne gleichzeitige Labyrinthläsion, so darf unter keinen Umständen etwas Weiteres geschehen als eine einfache antiseptische oder aseptische, aber dabei möglichst luftdichte Okklusion des Gehörganges entweder durch Einfügung eines Wattebausches oder Einlegen eines Gazestreifens: Man muss die Trommelfellwunde blos so viel als möglich abschliessen und jede Infektion fernzuhalten suchen, was auch fast immer gelingen wird.

Ausserdem ist es nothwendig, den Patienten dahin zu informiren, dass er so wenig oft als möglich willkürliche Luftverdichtungen vornehme, also speziell mit dem Schnäuzen vorsichtig sei.

Es geschieht das aus zwei Gründen, einmal weil möglicherweise, wenn das hier auch nicht oft der Fall zu sein pflegt, durch die Luftverdichtungswellen vom Nasenrachen-

raume her infektiöses Material auf die Wunde geworfen werden kann und dann zweitens im Interesse der Heilung der Wundränder, die durch das öftere Anschlagen der Luft einfach wieder auseinandergerissen werden würden. Durch diese einfache prohibitive Therapie wird es uns fast ausnahmslos gelingen, frische, nicht infizirte Rupturen zur baldigsten absoluten Heilung zu bringen.

Falsch und geradezu ein Kunstfehler wäre es, wenn bei derartigen Rupturen Ausspülungen oder Ausspritzungen gemacht würden, selbst wenn antiseptische Lösungen hierzu verwendet würden. Es kommt nämlich erfahrungsgemäss fast unfehlbar nach derartigen Ausspülungen zu einer eiterigen Entzündung des Trommelfells und weiterhin Mittelohrs dadurch, dass die im Gehörgang vorher schon gelagerten pathogenen Keime, die ohne dieses Mittel im Stadium der Latenz unschädlich geblieben wären, auf die Wundränder gebracht eine Infektion veranlassen.

Es muss deshalb selbst in den Fällen, in welchen die Diagnose der eventuellen Ruptur durch Ansammlung von Blut im Gehörgange erschwert oder unmöglich gemacht wird, von jeglicher Ausspritzung strikte Abstand genommen werden. Was sich nicht mit steriler Watte trocken entfernen, abtupfen lässt — und bei eingetrocknetem Blute ist das immer der Fall — bleibt einfach liegen: es tritt die reaktionslose Heilung unter dem Blutschorfe ein.

Haben diese therapeutischen Massnahmen hier schon eine schwere Bedeutung, so werden sie eine geradezu absolut lebensgefährdende erhalten in den Fällen, in denen eine Schädelbasisfraktur mit der Trommelfellruptur komplizirt ist; wir werden, wenigstens kurz, bei Gelegenheit dieser Verletzungen, dies nochmal streifen.

Dasselbe gilt auch natürlich immer noch für die Rupturen, die uns später als nach dem dritten Tage zugeführt werden.

Hat sich die Ruptur deutlich sichtbar geschlossen, so ist zunächst, trotz eventueller Hörschwächung, mit der Luftdouche noch zu warten. Erst etwa vom vierzehnten Tage ab mag sie, erst äusserst vorsichtig, gehandhabt werden; manchmal hat sie dabei auf Fälle, die durch subjektive Geräusche komplizirt sind, einen gut verbessernden Einfluss, zuweilen aber ist auch das Gegentheil der Fall und dann müssen die Lufteinblasungen sofort sistirt werden, eventuell an ihre Stelle Luftverdünnungen vom Gehörgang aus vorgenommen werden. massage.)

Bekommen wir dagegen eine derartige Verletzung im Stadium der reaktiven Infektionsentzündung zur Behandlung, also zu einer Zeit, in welcher wir schon nicht mehr mit absoluter Sicherheit entscheiden können, ob Trauma oder nicht, so werden wir auch da zuerst noch die einfache, trockene, aseptische oder antiseptische Tamponade aber hier nur mit Gazestreifen (Chinolin-Naftolgaze) (nicht Watte) in Anwendung ziehen. Es muss aber hier die Gaze bis auf die Trommelfellwunde selbst vorgeschoben werden durch den ganzen Gehörgang durch, damit alles sich bildende Sekret gewissermassen in Statu nascendi durch die kapillare Attraktion der Gazestreifen so viel als möglich nach aussen geleitet werden muss, so dass jede eventuell schädliche Stagnation vermieden wird.

Erst wenn das sero-sanguinolente Sekret in das wirklich eitrige übergegangen ist, kann man, wenn man absolut will, mit antiseptischen Ausspülungen beginnen, denen nachträglich immer wieder nach möglichster Trockenlegung mit Watte eine trockene Tamponade zu folgen hat. Nothwendig sind aber auch hier die Ausspülungen nicht, da wir im Allgemeinen viel bessere Resultate erzielen bei der einfachen trockenen Behandlung, sofern sie nur richtig gemacht wird. Pulvereinblasungen jeglicher Art sind im Allgemeinen hier eben so unzulässig. Es treten eben von obigem Zeitpunkte ab die Grundsätze der Behandlung der gewöhnlichen akuten perforativen Mittelohreiterung ins Recht.

Wir haben nun noch die Therapie der Labyrinthkommotionen zu berühren.

Wenn auch bei sehr hochgradigen Fällen für den Anfang die absolute Bettruhe, möglichst horizontale Lage bei Vermeidung jeglichen äusseren Reizes nothwendig sein wird, so werden wir doch in bei Weitem dem Gros der Fälle hiervon Abstand nehmen können, wenn nicht eben die Koordinationsstörungen dies erheischen. Zweckmässig aber wird die Horizontallage für die allererste Zeit immer sein, ebenso wie Blutentziehungen zuweilen von Vortheil sind. Dass jegliche Kongestion und stärkere Gewalteinwirkung abzuhalten ist, dürfte sich von selbst verstehen.

Das bei den mit Ruptur komplizirten Fällen ein luftdichter Abschluss des Gehörgangs dabei zu erfolgen hat, ist selbstverständlich, wie alle anderen Massnahmen in dieser Beziehung.

Kann der Patient ohne Störung umhergehen oder haben sich die ersten Begleiterscheinungen verloren, so ist angezeigt, so bald als möglich eine Luftdruckbehandlung einzuleiten, also die negative Aspiration des Trommelfells ein bis zweimal des Tags über vorzunehmen. Diese Trommelfellmassage durch negativen Luftdruck wird am einfachsten ausgeübt durch einen einfachen, luftdicht in den Gehörgang eingefügten Gummischlauch mit einer Spritze; es kann aber gerade eben so gut auch der Mund zu dieser Ansaugbewegung benützt werden, ja es hat dies Letztere den Vortheil, wie ich das früher bei der von mir empfohlenen Massage[1]) betont habe, dass der Patient selbst diese Prozedur zweimal des Tags etwa 10—20 Mal (direkt hinter einander) ausführen kann. Es darf, während das eine Ende des Schlauches luftdicht im Gehörgange steckt und die Luftverdünnungen nun mit dem Munde vorgenommen werden, niemals so stark angezogen werden, dass irgend welcher Schmerz vom Patienten empfunden werden. Es gilt dies auch für die Spritzenaspiration, wenn diese vom Arzt gemacht wird. Also Vorsicht bei der Spritze! Statt der einfachen wiederholten Aspiration kann auch zuweilen mit grossem Nutzen die Oscillationsmassage des Trommelfells entweder mit Mund oder Spritze oder besser noch durch Elektromotor oder ebenso durch die Handmassageapparate nach Delstauche oder Dollmann genommen werden.

Durch diese Ansaugung des Trommelfells wird nicht blos dieses allein nach aussen zu herausgezogen, es folgt dem Zuge eben weiter hin noch, da der Hammergriff ja in direkter Verbindung mit der Membram steht, der Gehörknöchelchen-Apparat in der Weise, dass auf die ganze Knöchelchenkette vermöge der eigenartigen Anordnung des Sperrgelenkes der Hammer-Amboss-Artikulation ein Zug ausgeübt wird, durch den die Steigbügelplatte aus dem ovalen Fenster herausgehoben, gewissermassen gelüftet wird. Gerade durch diesen Vorgang wird ein grosser mechanisch wirkender Einfluss auf das innere Ohr gewonnen. Und thatsächlich sehen wir erst bei richtiger Vornahme dieses sehr einfachen Verfahrens nicht nur die Geräusche sich bald mindern, sondern auch die Hörfähigkeit wieder rasch ansteigen. Selbstverständlich giebt es schwerere Fäll, in welchen auch dieses Verfahren kein Resultat ergiebt, insbesondere, wenn die Behandlung erst später eingeleitet wurde, gerade so, wie es leichte giebt, die vielleicht gerade

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 5.

so gut, ohne dass überhaupt Etwas geschieht, spontan zur Rückbildung gelangen. Aber unter allen Umständen ist es der Mühe werth, es ja auf eine Zeit lang zu erproben.

Methodisch fortgesetzte Lufteinblasungen von der Tuba her nützen erfahrungsgemäss durchgehends bei diesen Kommotionen fast nie etwas, ja, im Gegentheil ist gar nicht zu selten eine direkte Verschlechterung in jeder Beziehung zu konstatiren; es mag also a priori von den Luftdouchen abgesehen werden, wenn das Mittelohr nicht betheiligt ist. In sehr seltenen Fällen kann auch die elektrische Behandlung versucht werden durch leichteste konstante Ströme, aber es ist die Elektrizität für das Ohr oft ein sehr zweischneidiges Schwert und erfordert die äusserste Vorsicht von Seite des Ausführenden, da der Erfolg sonst ein für das Gehörorgan geradezu vernichtender sein kann.

Abgesehen von dieser lokalen Behandlung steht uns noch die medikamentöse Behandlung bei diesen Verletzungen zur Verfügung. Ohne auf die unter Umständen ja auch dabei angezeigte Verwendung des Jodkali weiter rekurriren zu wollen, ist es hier in erster Linie das Pilocarpinum muriatic. und Strychninum nitricum, das uns thatsächlich bei derartigen Traumen vermöge der eigenartigen Wirkung dieser Körper auf das innere Ohr und Zentralnervensystem zuweilen günstige Resultate sehen lässt. Die Applikationsweise ist am einfachsten die subkutane.

Wenn aber z. B. nach 15—20 Injektionen von Pilocarp. mur. 0,1 : 10,0, in Zwischenräumen von Tag zu Tag, oder einen Tag um den andern wiederholt, noch keine wesentliche Besserung eingetreten ist, so kann man ruhig auf diese medikamentöse Therapie verzichten. Auch Bromnatrium mit Jodkalium zusammen kann versucht werden, insbesondere bei Schwindel und subjektiven Geräuschen. Von grosser Bedeutung ist es aber auch hier, dass die Behandlung möglichst frühzeitig nach dem Trauma eingeleitet werden kann; Monate nachher ist eben so wie bei allem Andern kein Erfolg mehr zu erwarten.

Die Lex Adikes und das neue hessische Wohnungsgesetz.

Von

Dr. med. **W. Hanauer**-Frankfurt a. M.

Nachdem die deutsche Reichsregierung bei den wiederholten Anträgen und Debatten über die Wohnungsfrage im Reichstage auf der Erklärung verharrte, dass sie es ablehne, auf diesem Gebiete die Reichsgesetzgebung in Bewegung zu setzen, diese Aufgabe vielmehr als zur Kompetenz der Einzelstaaten gehörend erklärte, werden die Freunde eines Reichswohnungsgesetzes nicht damit rechnen können, dass die massgebenden Reichsbehörden in absehbarer Zeit ihren Standpunkt ändern, sie werden ihren Blick vielmehr den bundesstaatlichen Regierungen zuwenden müssen, um zu sehen, wie weit diese die ihnen vom Reich zugewiesenen Aufgaben erfüllen.

Erfreulicher Weise verhalten sich diese nicht unthätig und eben erst sind im preussischen und hessischen Landtag zwei Gesetze verabschiedet worden. die einen bemerkenswerthen Schritt nach vorwärts in der Wohnungsfrage bedeuten und die es verdienen, an dieser Stelle etwas eingehender gewürdigt zu werden.

Das Zustandekommen der lex Adikes in Preussen ist deswegen von besonderem Interesse, weil es das erste Eingreifen der preussischen Gesetzgebung auf dem Gebiete der Wohnungsfrage bedeutet. Der Staat Preussen hat sich hier von den anderen deutschen Bundesstaaten den Rang ablaufen lassen. Hessen, Hamburg u. a. sind mit Wohnungsgesetzen vorausgegangen, Sachsen mit einer Landesbauordnung, Baden mit einem Umlegungsgesetz bereits im Jahre 1896. In Preussen beschränkte sich das Vorgehen der Landesbehörden auf die bekannten Ministerialerlasse vom 19. März 1901, welche die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse bezwecken, die Aufgaben im Einzelnen aber vorwiegend den Gemeinden zuweisen. Ausserdem wurde im letzten Etat der Posten eines staatlichen Wohnungsinspektors für den Regierungsbezirk Düsseldorf geschaffen.

Die lex Adikes kann auf eine zehnjährige Geschichte zurückblicken. Vor zehn Jahren brachte der Frankfurter Oberbürgermeister seinen Gesetzentwurf, betreffend Stadterweiterung und Zonenenteignung im preussischen Herrenhause ein. Der Entwurf ging davon aus, dass in der Nähe der Städte ein Mangel an baureifem Lande vorhanden ist. Die Felder sind nicht bebauungsfähig, weil der Besitz zu stark zersplittert und parzellirt ist. Die Strassenlinien des Stadtbauplanes können an die vorhandenen Grundstücksgrenzen der Feldflur nur in der Minderzahl der Fälle so angepasst werden, dass die Grundstücke in der bisherigen Lage und Gestalt zur Eintheilung und Benutzung als städtische Bauplätze brauchbar sind. Die Strassen schneiden vielmehr die langen Parzellen oft in spitzem Winkel mitten durch, so dass links und rechts ein dreieckiger Zwickel liegen bleibt, auf welchem die Bebauung, so weit sie überhaupt möglich, nur in unwirthschaftlicher und gesundheitlich nachtheiliger Weise erfolgen könnte. Da eine private Einigung aller Betheiligten nur selten und nur unter grosser Mühe zu Stande kam, so war die Folge dieser Zustände die, dass das Feld, das zum Häuserbau nöthig war, seiner natürlichen Funktion entzogen wurde, der Kreis der am Markt befindlichen Grundstücke wurde eingeengt, die weitere naturgemässe Folge war das Steigen der Grundpreise und damit auch Steigerung der Miethen, um so mehr als die Spekulation sich breit machen, die Grundstücke zusammenkaufen und die Preise in die Höhe treiben konnte. Zur Beseitigung dieser Missstände schlug Adikes die Umlegung oder Grenzregelung der Grundstücke vor und zwar auf dem Wege des gesetzlichen Zwanges, da die freiwillige Umlegung an dem Widerstreben und der Böswilligkeit eines Einzelnen scheitern konnte. Ein Umlegungsgesetz sollte daher das Recht auf zweckentsprechende Umlegung der Grundstücke an die Betheiligten auch ohne die Zustimmung jedes einzelnen Eigenthümers gewähren. Die Zonenenteignung sollte sich darauf erstrecken, dass der Gemeinde ein Enteignungsrecht verliehen wird auf die Erwerbung solcher neben den neuen Strassen und Plätzen liegen bleibenden Grundstücktheile, welche bei der im Umlegungsverfahren getroffenen Festsetzung wegen ihrer Kleinheit zur selbständigen Bebauung ungeeignet sind.

Das Herrenhaus strich bei der Berathung diese Zonenenteigung im unbebauten Gelände, beschränkte sie vielmehr auf die bebauten Gelände im Innern der Städte, soweit sie bei Strassendurchbrüchen, bei Sanirung alter Stadttheile im Interesse der Gesundheitspflege und des Verkehrs nothwendig sein sollte. Im Uebrigen wurde der Entwurf im Herrenhause angenommen, blieb jedoch im Abgeordnetenhause unerledigt.

In Folge der sich immer mehr verschärfenden Wohnungsnoth und dank der Stellungsnahme einflussreicher Gremien, wie u. A. des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

auf seiner 20. Versammlung in Stuttgart 1895[1]), des Verbandes deutscher Architekten- und Ingenieurvereine, einer Anzahl von Städtetagen, verschwand die Frage der Umlegung jedoch nicht von der Tagesordnung und im vorigen Jahre wurde der Entwurf wiederum im preussischen Landtage eingereicht, dieses Mal unter Beschränkung auf die Stadt Frankfurt a. M., wo diese Besitzzersplitterung besonders ausgedehnt, die Wohnungsnoth und die Wohnungstheuerung daher besonders gross und Abhilfe vor Allem dringend nöthig erschien.

Das Gesetz ist nun nach Ueberwindung vieler Schwierigkeiten und nachdem es mehr wie einmal zu scheitern drohte, glücklich zu Stande gekommen. Es führt den Namen „Gesetz betreffend die Umlegung von Grundstücken in Frankfurt a. M." und tritt am 1. Januar 1903 in Kraft. Es erstreckt sich nur auf Frankfurt a. M.; der Passus, dass es durch königliche Verordnung auch auf andere Städte ausgedehnt werden könnte, wurde gestrichen, es ist daher jedes Mal ein neues Gesetz nothwendig, wenn andere Städte von der Umlegung Gebrauch machen wollen. Der grundlegende § 1 besagt, dass in Frankfurt a. M. für überwiegend unbebaute Teile des Gemeindebezirks, für welche der Bebauungsplan endgiltig festgestellt ist, aus Gründen des öffentlichen Wohles zur Erschliessung von Baugelände sowie zur Herbeiführung einer zweckmässigen Gestaltung von Baugrundstücken die Umlegung von Grundstücken verschiedener Eigenthümer nach Massgabe bestimmter Vorschriften bewirkt werden kann. Die Umlegung kann sich nur auf einen einzelnen Theil des Gemeindebezirkes erstrecken. Das Umlegungsgebiet ist so zu begrenzen, dass sich die Umlegung zweckmässig durchführen lässt, und nicht grösser zu bemessen, als für die Zwecke der Umlegung erforderlich ist. Nach § 3 kann die Umlegung erfolgen auf Antrag des Magistrates zu Folge Gemeindebeschlusses oder auf Antrag der Eigenthümer von mehr als der Hälfte der in Betracht kommenden Grundstücke, sofern die Antragsteller mehr als die Hälfte der Eigenthümer umfassen. Die zur Umlegung bestimmten Grundstücke sind in eine Masse zu vereinigen; in sie sind insbesondere auch die vorhandenen öffentlichen Wege und Plätze einzuwerfen. Von der Gesammtmasse ist das zu den öffentlichen Strassen und Plätzen erforderliche Gelände vorweg auszuscheiden, die Restmasse wird unter die Eigenthümer vertheilt. Die Betheiligten erhalten volle Entschädigung. Die weiteren Bestimmungen des 49 Paragraphen umfassenden Gesetzes regeln die Verfahren und die Grundsätze der Umlegung, der Aufstellung und Ausführung des Vertheilungsplanes, sowie den Rechtsweg, welcher gegen die Entscheidungen der Vertheilungskommission beschritten werden kann. Hervorheben wollen wir noch, dass für das zu Strassen und Plätzen über den Flächeninhalt der eingeworfenen öffentlichen Wege und Plätze hinaus erforderliche Gelände den Eigenthümern Entschädigung in Geld gewährt werden muss, soweit das Gelände 30 % der von den Eigenthümern eingeworfenen Grundfläche übersteigt. Eingeworfene Grundstücke, deren Flächeninhalt so gering ist, dass sie einzeln nur durch zur Bebauung ungeeignete Grundstücke ersetzt werden können, sind zusammen zu legen, wenn sie demselben Eigenthümer angehören; bei verschiedenen Eigenthümern erfolgt mit deren Einwilligung Vereinigung zu gemeinschaftlichen Grundstücken in der Weise, dass sie bebauungsfähig sind. Bei mangelndem Einverständniss ist Entschädigung in Geld zu gewähren.

---

[1]) Massnahmen zur Herbeiführung eines gesundheitlich zweckmässigen Ausbaus der Städte. Referate von Stübben und Küchler. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1896, S. 13 u. f.

Im Uebrigen sollen die freiwilligen Umlegungen nach Kräften gefördert werden, so dass die Zwangsumlegung nur die Ausnahme zu bilden hätte.

Mit diesem Gesetze soll nun die Stadt Frankfurt a. M. eine Probe machen. Gelingt dieselbe und zeigen sich die erwarteten Vortheile in Bezug auf die Vermehrung der Bauplätze und die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, so wird dasselbe sicher auch auf andere preussische Städte ausgedehnt werden.

Auf einem viel breiteren und umfassenderen Gebiete bewegt sich das neue hessische Wohnungsgesetz. Dem hessischen Staate kommt der grosse Verdienst zu, mit seinem Gesetze über die polizeiliche Beaufsichtigung der Miethwohnungen und Schlafstellen vom 1. Juli 1893 als erster die Frage der Wohnungsinspektion und Wohnungsordnung landesgesetzlich geregelt zu haben. Dieses Gesetz macht alle Miethwohnungen mit nicht über 3 Räumen in Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohner anzeigepflichtig u. s. w. Das Gesetz sucht den aus dem Vermiethen ungeeigneter Wohnungen und Schlafstellen für die Gesundheit und Sittlichkeit sich ergebenden Schäden durch eine Kontrole der staatlichen Gesundheitsbeamten und Ortspolizeibehörden zu begegnen. Bemerkenswerth ist, in wie weitem Masse in Hessen die Gesundheitsbeamten bei der Durchführung des Wohnungsgesetzes herangezogen werden. Es wurde u. A. bestimmt, dass, wenn eine Stadtgemeinde mit über 5000 Seelen keine besonderen Wohnungsinspektoren bestelle, die hygienische Untersuchung und Beurtheilung der anzeigepflichtigen Wohnungen und Schlafstellen den Gesundheitsbeamten zu übertragen sei. In manchen Städten z. B. in Worms und Mainz wurden Aerzte als Wohnungsinspektoren bestellt und diese Funktion den Armenärzten übertragen.

In den neun Jahren der Geltung des Gesetzes haben sich nun verschiedene Mängel desselben ergeben und die hessische Regierung beeilte sich, dem Landtag ein neues Gesetz vorzulegen und dieses Gesetz, betr. die Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte ist nun auch von den gesetzgebenden Faktoren mit ganz geringen Aenderungen acceptirt worden. Die Erweiterungen und Verbesserungen beziehen sich auf folgende Punkte: Während das Gesetz vom 1. Juli die Wohnungsinspektion nur auf Gemeinden von mehr als 5000 Seelen erstreckte und nur die Möglichkeit zuliess, dieselbe auch auf kleinere Gemeinden auszudehnen, erstreckt sich das neue Gesetz auf alle Gemeinden. Es hat jetzt in allen Gemeinden eine geregelte Wohnungsfürsorge stattzufinden. Denn auf dem Lande ist, wie die Motive mit Recht hervorheben, die Wohnungsnoth oft nicht minder gross und zwar nicht nur in den industriellen, sondern auch in den Landwirthschaft betreibenden Bezirken und der Zuzug in die Stadt ist oft gerade den auf dem Lande herrschenden elenden Wohnungsverhältnissen zuzuschreiben. Wolle man also die Landflucht bekämpfen, so müsse man vor Allem auf dem Lande für gute Wohnungen sorgen.

Eine ferne Neuerung besteht darin, dass das kommunale Enteignungsrecht erweitert wird. Nach dem Gesetz vom 1. Juli 1893 hat nämlich die Polizei das Recht, die miethweise Benutzung beanstandeter Wohnungen zu untersagen und die Ausweisung der Miether zu verfügen, wenn die Wohnung für ungesund erklärt wird. Trifft nun eine solche Verfügung die Mehrzahl der in einem Hause vorhandenen Wohnungen und kommt der Eigenthümer der weiteren Auflage des Umbaues oder der Niederlegung nicht nach innerhalb der ihm vorgeschriebenen Frist, so kann die Gemeinde die Enteignung des Gebäudes zwecks Herstellung von Wohnungen für Minderbemittelte verlangen.

Eine sehr wichtige Neuerung ist die Einführung der

Landeswohnungsinspektion. Diese Behörde hat grössere Aufgaben, als ihr Name besagt; sie ist eine Landeszentralstelle für das gesammte Schulwesen, ein Landeswohnungsamt, es hat Hessen sich damit das grosse Verdienst erworben, eine alte Forderung der Wohnungsreformer zum ersten Mal praktisch erwirklicht zu haben. Das Bedürfniss nach einer solchen Behörde ergab sich zunächst aus der Wahrnehmung, dass die Wohnungsinspektion bisher nicht vollständig das erfüllte, was man von ihr erwartete, es fehlte eben an einem einheitlich geregelten Vorgehen. Die Landeswohnungsinspektion soll nun die Wohnungsaufsicht im ganzen Lande einheitlich ausgestalten, sie soll aber weiter im Zusammenwirken mit den staatlichen und kommunalen Behörden die Wohnungsverhältnisse der minderbemittelten Volksklassen in gesundheitlicher und sittlicher Beziehung feststellen und in Gemeinschaft mit dem Hessischen Zentralverein für Errichtung billiger Wohnungen sowie mit den gemeinnützigen Bauvereinen auf Beseitigung der Missstände hinwirken.

Die Landeswohnungsinspektion hat demnach die Behörden, Gemeinden und sonstigen Interessenten in allen auf die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse gerichteten Bestrebungen mit Rath und Auskunft zu unterstützen, sie hat die Gründung von gemeinnützigen Baugenossenschaften oder sonstigen Vereinigungen zur Förderung der gemeinnützigen Bauthätigkeit anzuregen und zu fördern.

Fernere Aufgaben der neuen, direkt unter dem Ministerium des Innern stehenden Behörde, sind die Begutachtung der auf Grund des Gesetzes eingehenden Gesuche der Gemeinden um Darlehen aus der Landeskreditkasse sowie die Ueberwachung der Verwendung dieser Darlehen, ferner die Beschaffung statistischer Nachweise auf allen Gebieten des Wohnungswesens und periodische Berichterstattung über die einschlägigen Fragen sowie über die eigene Thätigkeit.

Wir kommen nunmehr zur wichtigsten Bestimmung des neuen Wohnungsgesetzes: das Eingreifen des Staates in der Wohnungsfrage hat in doppelter Richtung zu erfolgen, einmal in negativer, in der Beseitigung der schlechten, ungesunden Wohnungen, dann in positiver, in der Fürsorge für Herstellung von guten und billigen Wohnungen in genügender Anzahl. Die Motive des neuen Gesetzes gehen davon aus, dass, wenn auch das bisherige Gesetz über die Beaufsichtigung der Miethswohnungen für die Beseitigung und Verhütung der schlimmsten Misstände von Werth war, doch sein voller Erfolg an dem Mangel an genügend guten Wohnungen scheitern musste. Mit polizeilichen Massregeln allein ist in der Wohnungsfrage nicht gedient, sondern es müssen auch positive Massregeln der Wohnungsfürsorge dazukommen. Demgemäss will das neue Gesetz die Produktion kleiner Wohnungen fördern, indem es Staatskredit zur Verfügung stellt. Hessen geht auch hier den anderen Staaten wieder beispielgebend voran, und erfüllt damit eine Forderung, die gerade in neuerer Zeit von den Freunden der Wohnungsreform besonders nachdrücklich gestellt und die namentlich in dem Landesrath Brandts in Düsseldorf einen eifrigen Befürworter fand. Dieser führte u. A. auf der letzten Versammlung des Vereins für Sozialpolitik in München aus, dass die Geldmittel der Landesversicherungsanstalten für Wohnungsbau nicht genügten, sondern dass die Staatskassen selbst Geld zur Verfügung stellen müssten und er befürwortete die Begründung von Landes- und kommunalen Wohnungsbanken.

Das neue hessische Gesetz gewährt nun an die Gemeinden für den gemeinnützigen Wohnungsbau Darlehen aus der Landeskreditkasse bis zum vollen Betrag der Kosten für den Erwerb des Baugeländes und der Bauausführung. Mit derartigem Kredit hergestellte Wohnungen dürfen nicht mehr wie drei Zimmer nebst Küche und Zubehör haben.

Der Zinsfuss ist auf $3^1/_2$ % festgesetzt. Für die ersten zehn Jahre des Bestehens des Gesetzes wird der Zinsfuss noch um $^1/_2$ % ermässigt und der Fehlbetrag als staatlicher Zuschuss zur Förderung des Arbeiterwohnungswesens im Budget eingestellt.

Prinzipiell sollen nur den Gemeinden Darlehen zum Selbstbau gegeben werden, sie sind aber berechtigt, die Darlehen gemeinnützigen Bauvereinen weiter zu leihen. Weigern sich die Gemeinden, bei vorhandener Wohnungsnoth selbst zu bauen oder Darlehen für Wohnungsvereine aufzunehmen, so können sie auf Antrag der Wohnungsvereine im Verwaltungsstreitverfahren dazu gezwungen werden. Die auf diesem Wege von den gemeinnützigen Gesellschaften und Genossenschaften errichteten Gebäude müssen ihrem Zwecke dauernd erhalten bleiben. Die Gemeinde ist berechtigt, sobald die Zweckbestimmung gefährdet erscheint, die Gebäude im Enteignungsverfahren zu erwerben.

Das neue hessische Wohnungsgesetz bedeutet demnach einen gehörigen Schritt nach vorwärts und man kann nur wünschen, dass das gute Beispiel, welches dieser Bundesstaat giebt, bald von den anderen nachgeahmt werde.

Der Einfluss des Erfolges auf den Honoraranspruch des Arztes.

Von

Arthur Brückmann,
Referendar.

Nicht nur auf dem Gebiet des Strafrechts sind viele Fragen, die an den Lebensnerv des ärztlichen Berufes greifen, ungeklärt. Dass Fälle, die sich nach dieser Richtung hin ereignen, einen sensationelleren Charakter tragen, kann die Thatsache, dass auch anderswo Vieles im Argen liegt, nicht hinwegräumen. Heute soll hier nur von einer mehr wirthschaftlichen Frage die Rede sein.

Auch auf diesem Gebiete sind die Aerzte zum Theil schuld daran, dass Manches nicht so ist, wie es sein sollte.[1]) Wie anders wäre es sonst denkbar, dass — um nur eines Beispiels zu erwähnen — eine Anschauung selbst von hervorragenden Vertretern der juristischen Wissenschaft verfochten werden könnte, nach welcher der Arzt, der ungerufen (z. B. im Falle plötzlicher Noth) Hilfe leistet, „gewöhnlich nicht an Bezahlung denke", sondern in Schenkungsabsicht handele, deshalb also als Geschäftsführer ohne Auftrag Ersatz und Honorar nicht fordern dürfe?![2]) Jedoch, heute mehren sich die Stimmen unter den Aerzten, welche es nicht nur nicht für eine Schande, sondern sogar für ein Ziel aufs Innigste zu wünschen erklären, auch in dergleichen Fragen materieller Natur zur Klärung zu gelangen und einem unrichtigen, unwahren Idealismus entgegentreten.[3])

[1]) Für die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes bei operativen Eingriffen habe ich dies auch behauptet. Vgl. No. 18 und 19 der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" von 1902.

[2]) Vorfasser selbst ist in juristischen Zeitschriften dieser ungesunden Anschauung mehrfach entgegengetreten.

[3]) Vgl. z. B. Aufsätze wie die von Dr. Karl Gumpertz in No. 7/8 d. Bl. von 1900, die sehr zutreffenden Ausführungen von „Paracelsus" im „Tag", No. 203 von 1902, denen a. a. O. auch andere Aerzte beitraten. Vgl. jetzt insbesondere auch das Kapitel V, „Wirthschaftliches", in Albert Molls hervorragendem Werk über „Aerztliche Ethik", S. 291 ff, 296/7.

In diesem Sinne will ich mit den heutigen Ausführungen einen kleinen zivilrechtlichen Beitrag zu dem praktisch so wichtigen Kapitel liefern, das von dem Arzt und seinen durch die Uebernahme der Heilbehandlung geschaffenen rechtlichen Beziehungen zu dem Patienten handelt, und insbesondere — im Anschluss an einen der neueren Praxis entnommenen Streitfall — die Frage erörtern, ob und inwieweit die Honorirungspflicht des Patienten abhängig ist von dem Erfolg oder Misserfolg der ärztlichen Behandlung.

Einem erheblichen Bruchtheil der regelmässig überaus peinlichen und für alle Theile unerquicklichen Prozesse liegt nämlich der Umstand zu Grunde, dass die ärztliche Behandlung erfolglos geblieben ist. Die natürliche Empfindung wehrt sich mit aller Macht gegen die Forderung Etwas zu bezahlen, wo sie keine greifbaren Erfolge sieht, die natürliche Empfindung, die Alles mit der praktischen Elle misst, versteht oder will den Satz nicht verstehen, dass jede Arbeit ihres Lohnes werth. An diesem Punkt setzt auch der Prozess ein, von dem ich den Lesern zu berichten versprach. Der Thatbestand ist der:

Ein den mittleren Schichten angehöriger Mann liess eines Tages den jungen Vertreter eines damals (es war im Sommer) abwesenden, jetzt als Kläger auftretenden Arztes vor 7 Uhr Morgens holen und bat ihn, bei ihm eine Katheterisirung vorzunehmen. Der Vertreter versuchte dies, wie er eidlich bekundet hat, allein sie misslang ihm, und er zog einen anderen Arzt zu; diesem gelang die Einführung. Der herbeigeholte Arzt liquidirte 8 Mark, der Kläger für die Bemühungen seines Vertreters 6 Mark, die der Beklagte zu zahlen sich weigerte. Die anfängliche Behauptung des Klägers, sein Vertreter habe gemeinschaftlich mit dem zweiten Arzt schliesslich die Katheterisirung vorgenommen, vermochte der Zeuge nicht zu bestätigen. Vielmehr bekundete er nur, dass er dem Patienten nach der K. Verhaltungsmassregeln gegeben, ihm auch ein Rezept verschrieben und gesagt habe, falls er noch weitere Beschwerden fühle, solle er sich wieder einfinden. Hierauf hat das Amtsgericht den Beklagten mit folgender Begründung verurtheilt:

„Jeder Patient ist verpflichtet, die ihm geleisteten ärztlichen Dienste zu vergelten. Wie nun der Zeuge . . . . eidlich bekundet hat, hat er zwar die verlangte K. nicht zu leisten vermocht, wohl aber hat er dem Beklagten Verhaltungsmassregeln gegeben und ihm auch ein Rezept verschrieben. Diese Dienste hat der Beklagte angenommen. Er ist daher zu deren Vergeltung verpflichtet. Das vom Kläger verlangte Honorar ist angemessen und entspricht der Medizinaltaxe. Es kann in Folge dessen dahingestellt bleiben, ob der Vertreter des Klägers wegen subjektiver und objektiver Unmöglichkeit nicht im Stande war, die zunächst vom Beklagten verlangte K. vorzunehmen."

Welchen Arzt, so frage ich, kann dieses Erkenntniss befriedigen? Es geht um den prinzipiellen Punkt herum und setzt an der falschesten Stelle ein: an dem Punkt nämlich, dass der Arzt ein Rezept verschrieben und ein paar Verhaltungsmassregeln gegeben hat! Die hat dann aber der arme Patient theuer bezahlt. Man stelle sich blos vor, ob, was der Richter hier verlangt, überhaupt mit den realen Verhältnissen der in Frage kommenden Situation im Einklang zu bringen ist: Der Patient, an dem soeben eine Katheterisirung vorgenommen worden ist, soll die Leistung, die in dem Rezeptschreiben und in dem Ertheilen von Verhaltungsmassregeln besteht, „nicht annehmen", — wie soll er das und was soll er machen? Nein, — stand das Amtsgericht auf dem Standpunkte, auf dem es zu stehen scheint, so musste es die Klage abweisen: denn sowohl das Rezept als auch die Verhaltungsmassregeln waren dem Patienten vollkommen unwesentlich, und es verlangten in diesem Falle Treu und Glauben, dass der unkundige Vertreter diese verhältnissmässig einfachere Thätigkeit seinem erfolgreicheren Kollegen überliess; unterzog er sich ihr aber, so kann er daraus keine Rechte herleiten, dass er sich mit eigener Thätigkeit dazwischen drängte. Wie Moll[1]) treffend ausführt, kennen wir heute eine prinzipielle Theilung der ärztlichen Thätigkeit, wie sie die frühere Zeit kannte, nicht mehr. „Noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts war jede aktive Thätigkeit des Arztes verpönt. Er hatte nur Rezepte zu schreiben und andere Rathschläge zu geben. War die Ausführung eines Eingriffs nöthig, so wurde der Chirurg geholt, der aber nicht, wie heute, dem Aerzte koordinirt war, sondern weit unter ihm stand und zum niederen Heilpersonal gehörte. Einen chirurgischen Eingriff zu machen, war unter der Würde des Arztes. Heute besteht solche Anschauung nicht mehr."[2]) Heute giebt es solche prinzipielle Arbeitstheilung nicht mehr; vielmher ist die bestehende lediglich thatsächlicher Natur. Das zitirte Gerichts-Erkenntniss aber lässt sich nur von diesem überwundenen Standpunkt aus rechtfertigen, denn im vorliegenden Falle bestand sowohl die Möglichkeit als auch die Pflicht für den herbeigeholten Vertreter des klagenden Arztes, die operative Thätigkeit der Katheterisirung mit der berathenden zu verbinden. Jene war sogar das Primäre, letztere nur accessorischer Natur. So hätte im Grunde die accessorische auf den Konsiliarius übergehen müssen, als er die primäre übernahm. Nach Alledem war der Standpunkt, von dem aus die Entscheidung gefällt wurde, von allen Seiten betrachtet, prinzipiell verfehlt.

Der Verurtheilte legte Berufung ein. In der zweiten Instanz bestritt er, dass ihm der Vertreter Verhaltungsmassregeln gegeben habe; er, Patient, habe ihm vielmehr, während der andere Arzt gerufen wurde, nur erzählt, dass er Wildunger Brunnen trinke, und darauf habe der Arzt nur geantwortet, dass er dies nur weiter thun solle. Er bestritt ferner, dass ihm der Zeuge das Rezept verschrieben habe; dieses sei vielmehr von ihm auf Anordnung des zweiten Arztes lediglich niedergeschrieben worden. Ausserdem bemängelte er den Ansatz von 6 Mk. als zu hoch; da er arm sei und zeitweise Armenunterstützung beziehe, so sei der niedrigste Satz von 1 Mk. angemessen. —

Das Gericht trat hierauf in eine neue Beweisaufnahme ein und vernahm den Konsiliarius als Zeugen und Sachverständigen über die Behauptung des Beklagten, ob der junge Vertreter lediglich nach Diktat das Rezept niedergeschrieben habe, und über die Gegenbehauptung des Klägers, dass bei der durch die körperliche Beschaffenheit des Beklagten bedingten Schwierigkeit die Einführung eines Katheters beim ersten Male nicht möglich gewesen sei und der Katheter daher nur unter Assistenz eines zweiten Arztes habe eingeführt werden können.

In der Beweisaufnahme erwiesen sich zunächst beide Behauptungen als falsch. Was die Rezeptfrage anlangt, so hatte sich nur der zweite Arzt lediglich mit dem jüngeren Kollegen nach der Katheterisirung über die weitere Behandlung besprochen und ihm vorgeschlagen, dem Patienten ein in solchem Falle gebräuchliches Mittel zu geben. Er erklärte sich dazu bereit; doch hätte nach der Ansicht des

---

[1]) a. a. O. S. 65/6.

[2]) Es ist eher das Umgekehrte der Fall: die breite Masse werthet den Chirurgen beinahe höher als den „inneren Arzt". Es hängt dies auch mit der Erfolgs-Frage zusammen: die positiven Erfolge, die der Chirurg u. U. erzielt, treten viel konkreter und greifbarer in die Erscheinung.

Zeugen der Kollege auch ohne diese Unterredung dieselbe oder eine andere in solchem Falle übliche Arznei verordnet. Hinsichtlich der Behauptung des Klägers verneinte der Zeuge die Beweisfrage glattweg. „Eine Hilfe des Kollegen bei dieser Operation war nicht nöthig, hat auch nicht stattgefunden."

Wichtig aber und interessant ist, was er weiter von dem Falle berichtete:

„Der Fall lag sehr ungünstig. Der Patient war augenscheinlich von starken Schmerzen geplagt. Die Blase war hochgradig gefüllt. Der Kollege erzählte von mehrfachen Versuchen ohne Erfolg. Auch ich versuchte nun zuerst ebenfalls ohne Erfolg, den Katheter einzuführen; erst mit einem zweiten gelang es mir .... Der Zustand des Beklagten bei Vornahme der geschilderten Operation war ein derartiger, dass die Einführung des Katheters ungemein schwierig war, die Prostata war hypertrophisch, ausserdem bestand ein Blasenkatarrh und war durch frühere Einführung von Kathetern, wie ich annehme, ein Nebengang gebohrt ... Ich bin der Ansicht, dass unter den obwaltenden Verhältnissen es auch älteren geübteren Aerzten eben so gegangen wäre wie dem Vertreter des Klägers. Bei meinem zweiten Besuche ist es auch mir erst nach langer Arbeit gelungen, den Katheter einzuführen." ... Hierauf verwarf das Landgericht die Berufung des Beklagten mit folgender Begründung:

„Die Klage erscheint begründet. Nach den Bekundungen des Dr. X. in I. Instanz steht fest, dass der Beklagte den Kläger bezw. seinen Vertreter, den Zeugen, im August 1900 um seine ärztliche Hilfe angegangen hat. Es steht auf der anderen Seite allerdings ebenfalls fest, dass die von dem Zeugen geleistete Hilfe, die in der Hauptsache die Einführung des Katheters bezweckte, keinen Erfolg gehabt hat, dass diese vielmehr erst dem zweiten Arzt, dem Zeugen Dr. Y., ohne Mitwirkung des klägerischen Vertreters geglückt ist. Allein dies kann dem Kläger nicht zum Schaden gereichen. Sein Vertreter hat nicht etwa von vornherein, nachdem er von der Sachlage Kenntniss genommen, erklärt, die gewünschte Hilfe nicht leisten zu können, sondern er hat, wie er glaubhaft bezeugt, ihm diese angedeihen zu lassen versucht. Hierin aber ist die ärztliche Behandlung und die Dienstleistung, die der Beklagte gemäss §§ 611, 612 B. G.-B. entgelten muss, zu erblicken; denn für den etwaigen Misserfolg seiner Thätigkeit steht der Arzt in diesem Sinne nicht ein. Im vorliegenden Falle handelt es sich bei diesem Misserfolg auch keineswegs um einen Kunstfehler oder eine sonstige Nachlässigkeit des behandelnden Arztes; das Gericht erachtet nach den Bekundungen des Dr. Y. vielmehr für erwiesen, dass in Folge der die Katheter-Einführung erschwerenden Nebenumstände die verlangte Operation eine besonders schwierige war und eine besondere Geschicklichkeit und praktische Erfahrung verlangte. Dass dagegen andererseits diese Operation so unüberwindlich für den Zeugen Dr. X. war, dass dieser von vornherein die Behandlung hätte ablehnen müssen, dass der Versuch der Einführung des Katheters, von ihm vorgenommen, lediglich ein scheinbarer, gegen die Grundsätze der Vertragstreue verstossender, weil offensichtlich aussichtsloser, gewesen sei — nach dieser Richtung hat weder der Beklagte etwas behauptet noch aus der Sachlage sich irgend Etwas ergeben. Nach Alledem bewendet es dabei, dass der vom Vertreter des Klägers vorgenommene Versuch der Katheter-Einführung bereits die ärztliche Dienstleistung darstellt, die der Beklagte entlohnen muss... Hiermit stimmt es nun überein, dass, wie die Beweisaufnahme ergeben, der Zeuge Dr. X. auch weiterhin in der Rolle des behandelnden Arztes verblieben ist; das Rezept hat er nicht auf Diktat des Dr. Y., wie Beklagter behauptet, niedergeschrieben, sondern selbständig — wenn auch nach vorhergehender Besprechung mit dem Konsiliarius — verfasst und weitere Verhaltungsmassregeln gegeben."[1])

Die Leser erkennen vielleicht schon aus dem Urtheil, worauf das Gericht Werth legt und von welchen Gesichtspunkten es ausgegangen ist; sie erkennen aber vielleicht auch schon, dass die zur Entscheidung stehende Frage keineswegs ganz einfach ist und dass hier wie überall bei derartigen Distinktionen Grenzlinien laufen, die aufzufinden nicht ganz mühelos ist. — Dies muss einer Anschauung gegenüber betont werden, die selber viel zu sehr die negative Seite der Sache hervorhebt. „Was wird", so ruft ‚Paracelsus'[2]) aus, „denn bei einer ärztlichen Konsultation bezahlt? Doch nicht etwa der Erfolg! Der lässt sich unter Umständen gar nicht bewerthen, es wird lediglich die Leistung der Rathertheilung bezahlt." Und ganz ähnlich gehen die Anschauungen von Moll[3]), der sich mit Recht gegen die Abhängigkeit der Bezahlung vom Erfolg wendet. „Man soll", heisst es bei ihm „den Gedanken, dass der Erfolg bezahlt werde, nicht aufkommen lassen, im Gegentheil, man soll ihn, soweit es irgend möglich ist, bekämpfen." Ebenda citirt er auch ein Kammergerichts-Erkenntniss, in dem es hiess: „Der Vertrag des Arztes mit dem Patienten verpflichtet ihn an sich nicht, einen bestimmten Erfolg, Heilung oder Linderung des Leidens zu erzielen."

Allein, wie betont, es ist nicht unangebracht, solchen an und für sich zutreffenden Sätzen gegenüber, auf jene Grenzlinien hinzuweisen. Auch das Kammergericht schränkt vorsichtig mit den Worten „an sich" ein, und insbesondere das oben zitirte landgerichtliche Erkenntniss deutet allerhand Gesichtspunkte an, deren Berücksichtigung nicht ausser Acht zu lassen ist; hierbei ist zu beachten, dass es nicht die Aufgabe der Gerichtsentscheidungen sein kann, derlei Fragen erschöpfend zu behandeln wie eine wissenschaftliche Abhandlung; sie sollen kurz und klar zunächst nur den konkreten Fall entscheiden und dürfen sich mit Andeutungen begnügen, wenn der Einzelfall keine Veranlassung zu weiteren einschlagenden Erörterungen bietet. An dieser Stelle jedoch einige nähere Worte.

Den juristischen Kern der Erfolgsfrage bildet die Thatsache, dass der Vertrag, den der Arzt mit dem Patienten eingeht, kein Werkvertrag im Sinne der §§ 631 ff. B. G. B., sondern ein Dienstvertrag, in dem der §§ 611 ff. a. a. O. ist. Der Unterschied zwischen diesen beiden Verhältnissen besteht vor Allem darin, dass der Werkvertrag zum Gegenstande hat die Herbeiführung eines Erfolges, der Dienstvertrag jedoch hiervon absieht und lediglich auf die zu leistenden Dienste abstellt. Demnach ist der zu bewirkende „Erfolg", den der Werkvertrag zum Gegenstande hat und von dem der Dienstvertrag absieht, vor Allem in dem Sinne zu verstehen, dass die Entfaltung einer Thätigkeit eine bestimmte, in gewisser Weise endgiltige und abschliessende Wirkung haben soll, nicht etwa in dem, dass überhaupt nur eine bestimmte Thätigkeit zu entfalten sei. Der Erfolg ist also beim Dienstvertrag für die rechtliche Beurtheilung etwas lediglich Acci-

[1]) Vielleicht interessirt es auch die Leser, zu erfahren, weshalb das Gericht auch die Höhe der Forderung für begründet erachtet hat: „Der Besuch des Zeugen hat eines Morgens vor 7 Uhr stattgefunden, die vorzunehmende Operation war sehr schwierig und hat zweifellos, wie das Gericht der Sachlage entnimmt, die Thätigkeit des Zeugen eine geraume Zeit, mindestens 1—2 Stunden, in Anspruch genommen. Danach erscheint bei einem Ansatz von 6 Mark die ungünstige Vermögenslage des Beklagten bereits gebührend in Rücksicht gezogen."

[2]) a. a. O. im „Tag".

[3]) a. a. O. S. 298 ff.

dentelles, so sehr er auch wirthschaftlich von Bedeutung sein kann. Dies ist abstrakt und theoretisch vollkommen richtig, — aber: blicken wir in die Praxis.

Hinsichtlich des hier allein zu erörternden ärztlichen Dienstvertrages wird jedem Leser alsbald klar sein, wie leicht die Grenzen, die die Theorie festzuhalten sich bemüht, in einander übergehen können. Schon der ganze Charakter des ärztlichen Dienstvertrages unterscheidet diesen von anderen, denselben Namen tragenden, rechtlichen Verhältnissen. Miethe ich mir ein Dienstmädchen, so kommt es mir in der That lediglich auf seine Dienstleistungen an; die Vorstellung von einem bestimmten „Erfolge" taucht konkret in meinem Bewusstsein gar nicht auf. Aber auch bei den sog. höheren Diensten (den operae liberales) bleibt meistentheils der beabsichtigte Erfolg auch wirthschaftlich sehr im Hintergrunde. Der Hauslehrer, den ich für meinen Sohn engagire, soll ihn zwar für die Versetzung in die nächste Klasse reif machen; zunächst aber steht fortwährend die tägliche Nachhilfe thatsächlich im Vordergrunde. Der Rechtsanwalt, dem ich meinen Prozess übergebe, soll ihn zwar gewinnen; allein die Hauptsache bleibt: dass ich möglichst sachgemäss in dem laufenden Betriebe des Prozesses vertreten bin. Dies ist beim Arzt ganz anders. „Machen Sie, was Sie wollen mit mir, — nur machen Sie mich wieder gesund, nur lindern Sie meine Qualen, erhalten Sie mein Leben", — dies ist das Leitmotiv, das die Berufsthätigkeit des Arztes durchzieht. Es ist dem Patienten und seinen Angehörigen in der Regel ganz gleichgiltig, wie der Arzt dieses Ziel erreicht. Mit brennender Begierde ist der Blick auf das Ziel, auf den Erfolg gerichtet. Die juristische Konstruktion, die den Vertrag des Arztes mit dem Patienten dennoch zutreffend zum Dienstvertrag stempeln muss, weicht — dies dürfte klar sein — von der natürlichen Auffassung durchaus ab. Soweit die allgemeinere Betrachtung.

Was uns hier im Besonderen interessirt, ist die fernere Thatsache, dass auch noch nach einer anderen Richtung die Grenzlinien so fein sind, dass sie nur ein sorgfältig prüfendes Auge zu unterscheiden vermag. Es giebt nämlich eine grosse Anzahl ärztlicher Handlungen, die im Wesentlichen rein technische, wenn auch auf medizinischen Kenntnissen beruhende und nur durch sie ermöglichte Fähigkeiten erfordern, und zu deren Vornahme heutzutage der Arzt vielfach gerufen wird. Den Lesern dieses Blattes brauche ich Beispiele von derartigen „Operationen", die diesen Namen eigentlich kaum mehr verdienen, nicht zu nennen. Es sei nur der Verdeutlichung halber an das Auspumpen des Magens erinnert. In allen diesen Fällen — ich nehme natürlich an, dass die Handlungen um ihrer selbst willen und nicht etwa nur zu vorbereitenden Zwecken vorgenommen werden sollen, — ist es nun klar, dass es sich nicht nur für den Patienten, sondern auch nach dem Inhalte des Vertrages in der That lediglich um den Erfolg handelt, nicht etwa in dem Sinne, dass etwaige höhere, über die in Frage kommende Handlung hinausreichende Wirkungen garantirt werden, wohl aber in dem Sinne, dass der betreffende Arzt dafür einsteht, dass die Handlung selbst von ihm bewirkt werden kann. In diesen Fällen fällt nämlich der Regel nach die Dienstleistung mit dem Erfolge zusammen, — und ein junger Arzt, der sich verpflichtet hat, dem magenkranken Patienten Erleichterung durch Auspumpen zu verschaffen, aber nach vergeblichen Versuchen hiervon ablassen muss, weil ihn ein Ekel übermannt, hat die Dienste nicht geleistet, die er leisten sollte. Es greifen gegen ihn die allgemeinen Rechtsgrundsätze Platz. Nach § 275 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs wird der Schuldner von der Verpflichtung zur Leistung nur insoweit frei, als die Leistung in Folge eines nach der Entstehung des Schuldverhältnisses eintretenden Umstandes, den er nicht zu vertreten hat, unmöglich wird.[1]) Kann er also schuldhaft nicht leisten, so geräth er in Verzug und kann vor Allem Bezahlung nicht verlangen. Die Natürlichkeit dieser Auffassung wird Jeder anzuerkennen bereit sein, sobald wir z. B. an die Stelle der Magenpumpe die Klystierspritze und an die Stelle des Arztes den Heilgehilfen setzen, dem vielleicht aus Ungeschicklichkeit die Einführung nicht gelingt, — woraus aber ohne Weiteres ersichtlich, dass das massgebende Kriterium nicht in der Person des Leistensollenden, sondern in der Qualifikation der Leistung selber zu erblicken ist.

Sind diese Gedankengänge richtig, so muss das Prinzip auch klar erkannt und scharf herausgearbeitet werden: dass es zahlreiche Fälle giebt, in denen die Dienstleistung des Arztes unter der stillschweigenden, weil selbstverständlichen, beiderseitigen Voraussetzung und im gegenseitigen Einverständniss auch zum Vertragstheil erhobenen Abmachung in Anspruch genommen wird, dass sie einen bestimmten Erfolg, und zwar denjenigen haben werde, der eben der Regel nach in seinem wesentlichen Inhalte von der Diensleistung selber ausgelöst wird. Dieses Prinzip darf nicht etwa dadurch verschleiert oder abgeschwächt werden, dass man in solchen Fällen die ärztliche Heilbehandlung durch Abstellen auf Dinge, wie Rezeptverschreiben, Rathsertheilung und dergl. zu retten versucht, — da diese Dinge Nebensächlichkeiten sind, die nur als begleitende Erscheinungen der Hauptleistung, nicht aber selbständige Bedeutung haben und als solche jedenfalls von dem Patienten nicht in den Vertrag aufgenommen sind.

Auch dadurch etwa darf das Prinzip nicht alterirt werden, dass man in den zahlreichen Fällen, wo der Arzt geholt wird, ohne dass man ihn von dem Charakter oder gar der besonderen Natur der seiner wartenden Krankheit in Kenntniss setzt, in diesem Folgeleisten bereits die ärztliche Dienstleistung erblickt. Lehnt der Arzt, am Krankenbette angelangt, aus irgend einem subjektiven Grunde die Behandlung ab, so würde ich überhaupt jeden Anspruch auf Entschädigung verneinen; denn die stillschweigende Bedingung, unter der der Arzt gerufen wird und dem Rufe folgt, ist, dass er überhaupt die Behandlung übernehmen will oder kann. Der Vertrag kommt solchenfalls erst am Krankenbette zu Stande; die „Reise" thut der Arzt auf seine Gefahr. Es mag sein, dass viele Aerzte für solche Besuche liquidiren und auch Bezahlung erhalten. Für billig halte ich dies nicht, aber auch nicht für rechtlich begründet; nur das indifferente Wort „Besuch" überbrückt hier scheinbar die Kluft; von „ärztlichen Bemühungen" kann keine Rede sein. Lehnt der Patient ab, so ist dies natürlich ganz etwas anderes; denn er ist durch den Ruf bereits gebunden und kann nicht einseitig wieder die Offerte zurückziehen (§ 145 B. G. B.) Nimmt sie der Arzt am Krankenbette an, so ist der Vertrag geschlossen, und entzieht sich der Patient seiner Behandlung, so hat er die Rechtsfolgen einer von ihm verschuldeten Unmöglichkeit der Leistung zu tragen (§ 324 B. G. B.)

Es könnte nun scheinen, als ob das zum Mittelpunkte dieser Betrachtungen gemachte landgerichtliche Erkenntniss das somit klargestellte Prinzip, dass es Fälle giebt, in denen die ärztliche Dienstleistung in der Bewirkung eines Erfolges bestehen soll, ausser Acht liesse. Denn ohne Zweifel gehört

[1]) Die nichtjuristischen Leser, die vielleicht den Fragen an der Hand des Gesetzes nachgehen wollen, mögen an den §§ 306 ff. keinen Anstoss nehmen. Dort spricht das Gesetz nur von den objektiv unmöglichen Leistungen. —

auch die Katheterisirung in die Gruppe der mehr technischen, so zu sagen niederen Operationen. Doch es dürfte wohl ohne längere Auseinandersetzung deutlich sein, dass hier zu einer Unterscheidung der medizinische Gesichtspunkt führen musste, dass alle die an sich einfachen Handlungen im konkreten Falle zu schwierigen, — wenn man so sagen darf, — zu Operationen höherer Art werden können. Nach den Aussagen des als Sachverständigen vernommenen Arztes war das hier der Fall. Die die Operation erschwerenden Begleitumstände machten sie zu einer besonders schwierigen und besondere Erfahrungen voraussetzenden. Und wie sich hier der medizinische Thatbestand in Abweichung von dem Regelmässigen verändert darstellt, so verschiebt sich sofort auch die juristische Rechtslage verhältnissmässig. Jedes Thätigwerden des Arztes in der Richtung auf das vertragsmässig vereinbarte Ziel, das der Regel entspricht, stellt hier bereits eine ärztliche Handlung dar, und die schliesslich bewirkte Katheterisirung wird zum Erfolg, für den der Arzt nicht einsteht. Es ist hier nicht anders, als wenn der Chirurg, nachdem er die Offenlegung vorgenommen, erkennt, dass eine weitere Operation eben so unnöthig wie unzweckmässig wäre und er in Folge dessen von ihr Abstand nimmt, während vielleicht ein anderer, der in diesen Fällen als Spezialist bedeutend erfahrener ist, die Unmöglichkeit oder Unnöthigkeit der Operation vor der Offenlegung erkannt haben würde. Der Patient muss dennoch die Operation auch des ersten Chirurgen honoriren; denn selbstverständlich nimmt er bis zu einem gewissen Grade die Gefahren der Persönlichkeit des Arztes, dem er sich anvertraut, auf sich; er trägt sozusagen die wissenschaftliche Gefahr; er muss die Folgen seiner geringeren Kenntnisse tragen, wie ihm seine höhere Intelligenz zu statten kommt, — natürlich nur bis zur Grenze der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt. Dies will das Urtheil sagen.

Aber noch auf einen anderen Gesichtspunkt weist das Urtheil deutlich hin: auf den Gesichtspunkt der Vertragstreue. Nach dem unser modernes Obligationenrecht beherrschenden Grundgedanken sind Schuldverhältnisse zu erfüllen, „wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern“ (§ 242 B. G.-B.). Dass die Beziehungen, die der Vertrag des Arztes mit dem Patienten begründet, diesem Prinzip in gleicher Weise wie alle anderen Verträge unterfallen, ist sonnenklar. Welche konkrete Bedeutung gewinnt dieser Satz für unseren Fall? Moll behandelt in seinem Werke[1]) im angegebenen Zusammenhange mancherlei Fragen, die auch hier einschlagen; die von ihm herangezogenen Fälle berühren jedoch mehr oder minder bereits das Gebiet der Kriminalität, da in ihnen das Verlangen nach Bezahlung bereits einen direkt betrügerischen Charakter annimmt. Mit Recht sagt Moll: „Ein Spezialarzt für Kehlkopfkrankheiten, der nur, um sich ein höheres Honorar zu schaffen, ohne Heilzweck den Kehlkopf täglich pinseln würde, stände mit dem Betrüger auf einer Stufe. Ebenso ein Mann, der, um ein höheres Honorar zu erlangen, bei dem Patienten wider besseres Wissen den Glauben zu erwecken sucht, er sei eine Autorität, oder er leiste mehr als andere.“ Er behandelt dann die Frage, ob der Arzt, der mit Unrecht für eine Autorität gehalten wird, unter Ausnutzung dieses Irrthums sich höhere Honorare sichern darf, und unterscheidet, für die Ethik vielleicht mit Recht, aber — wie Moll wissen wird, — angesichts des möglicher Weise einschlagenden § 263 des Strafgesetzbuchs für das Rechtsgebiet mit Unrecht zwischen der Erregung des Irrthums und der Unterlassung seiner Beseitigung; die Unterlassungssünde sieht er milder an. Er erörtert schliesslich noch den hochwichtigen Fall, ob der Arzt das Recht hat, bei unheilbaren Krankheiten überhaupt für Besuche Honorar zu verlangen. Er ist folgender Ansicht: „Wenn sich ein Patient an den Arzt nur unter der klar ausgesprochenen Bedingung wendet, dass er ihm Heilung verspreche, so hat sich der Arzt danach zu richten. Einem unheilbaren Kranken, der die Heilbarkeit als Bedingung für die Behandlung ansieht, eine falsche Auskunft geben und dann ein Honorar abzuverlangen, ist unstatthaft. Den Klienten aus Humanität oder psychotherapeutischen Gründen zu täuschen, dazu hat der Arzt nur dann ein Recht, wenn er die Behandlung im Allgemeinen, das heisst mit Vollmacht betreffend die anzuwendenden Mittel, übernommen hat. Man hat die Beziehungen, wie sie zwischen Arzt und Klient stattfinden, in dem einzelnen Falle zu berücksichtigen und danach die Honorarfrage zu entscheiden.“ [1])

Man sieht, die von Moll mit juristischem Takt behandelten Fragen besitzen Aehnlichkeit mit den hier erörterten, — aber hier interessirt vor Allem noch mehr die zivilrechtliche Seite der Sache, um so mehr, als in demjenigen Falle, den das Urteil andeutet, der gegen die Vertragstreue verstossende Arzt noch lange kein Betrüger zu sein braucht. Denn gegen die Vertragstreue verstösst schon der Arzt, der, im Bewusstsein oder in der begründeten Befürchtung, dem Krankheitsfall machtlos gegenüberzustehen, dennoch an seine Behandlung geht, sei es, um Geld zu verdienen, sei es, um seinen Ruf zu schützen. Der Arzt kann hier gar nicht sorgfältig genug seine Kenntnisse und Fähigkeiten vorher abwägen. Er muss sich immer bewusst bleiben, dass seine Dienstleistung wenigstens fähig sein muss, den Heilerfolg herbeizuführen. Wird er an dem Patienten aus obigen Gründen thätig, so erfüllt er nicht, was von ihm verlangt wird. Ja, in Anbetracht der kostbaren Güter, die hier auf dem Spiele stehen, wird man sogar ein nicht geringes Mass von Skrupulosität von dem Arzt fordern dürfen. Ich trage keine Bedenken, einen Vertrag, den der Arzt in dem Bewusstsein seiner Unfähigkeit eingeht, für wider die guten Sitten und aus diesem Grunde für nichtig zu erklären. Und hier zeigt sich wieder deutlich, dass der Erfolg, der Heilzweck, doch nicht so ganz ohne Einfluss auf die Gestaltung der materiellen Beziehungen zwischen Arzt und Patient

[1]) S. 302 ff.

[1]) Dies Alles betont der Verfasser mit gutem Recht und Grund; es ist auch juristisch völlig zutreffend. Was aber Moll nur im Zusammenhang mit den unheilbaren Krankheiten erörtert, gilt allgemein: es kann überhaupt die Honorarfrage vom Erfolge vertragsmässig abhängig gemacht werden. Dies wäre keineswegs unsittlich. Man denke nur daran, dass ein armer Mann mit dem Arzt ein Honorar verabredet für den Fall, dass er leben bleibt und wieder arbeitsfähig wird, dass es dagegen in dem entgegengesetzten Falle seinen Erben oder bedürftigen Angehörigen erlassen sein soll. Ganz anders, wenn die Abmachung von vornherein zwischen Erfolg und Nichterfolg unterscheidet; solche Abrede kann (sie muss nicht) wider die guten Sitten sein. Ein Irrthum aber ist es, wenn Moll (S 300) meint: „Rechtsanwälte sind allerdings weniger empfindlich, indem sie sich — wenigstens bei Kriminalsachen — für den Erfolg ein höheres Honorar ausbedingen.“ Im Gegentheil: Dieses sog. „Palmarium“ wird allgemein als unsittlich empfunden und ist als klaglos anzusehen. Es kommt in Folge dessen so gut wie gar nicht vor, dass es vereinbart wird. Wenn nachträglich der freigesprochene Klient oder der geheilte Patient freiwillig den Erfolg bezahlt, so sehe ich in der Annahme nichts Unsittliches. Er lässt damit seinen Retter an der günstigen Gestaltung seiner Lebensbedingungen theilnehmen, soweit sich diese eben in Geld und Geldeswerth umsetzen lässt. Hierauf beruhen z. B. auch der Gedanke des Finderlohnes und ähnliche Institute. — Unabhängig von Alledem ist natürlich, dass dieses vertragsmässige Abhängigmachen des Honorars von dem Erfolge sowohl beim Arzt als auch beim Anwalt äusserst selten ist und dann eben auf besonderen Verhältnissen beruht.

bleibt. Das sind m. E. die Gesichtspunkte, die das besprochene landgerichtliche Erkenntniss mit den Sätzen andeutet: „dass dagegen andererseits diese Operation so unüberwindlich für den Zeugen Dr. X. war, dass dieser von vornherein die Behandlung hätte ablehnen müssen, dass der Versuch der Einführung des Katheters, von ihm vorgenommen, lediglich ein scheinbarer, gegen die Grundsätze der Vertragstreue verstossender, weil offensichtlich aussichtsloser, gewesen sei," — dafür habe die Sachlage nichts ergeben.

Worauf es mir in den vorstehenden Betrachtungen neben dem speziellen Zwecke, einmal eine in jeder Beziehung praktisch höchst wichtige Frage zu beleuchten und ihre mannigfachen Verzweigungen blosszulegen, vor Allem ankam, war, zu zeigen, dass für derartige Grenzfragen nur dann wirklich Aussicht auf gedeihliche Lösung besteht, wenn die medizinischen Gesichtspunkte mit den juristischen sich auch richtig durchdringen und auf alle Fälle jede aprioristische Betrachtungsweise ferngehalten wird. Das ist schon am Eingang dieser kleinen Arbeit angedeutet und mag hier nochmals betont sein: nur ein ernstes Zusammenarbeiten kann die Grundlage schaffen für eine gesunde und dem Arzt bei seiner mühevollen Thätigkeit die Wege ebnende Rechtsprechung. Wer hier in missverstandenem, wissenschaftlichem Dünkel auf der einen oder anderen Seite sich absondert, — wird bald allein sein, — aber ohne die wohlthätige Ruhe der Einsamkeit zu empfinden.

Schwerste Eingeweideverletzungen bei unversehrten äusseren Weichtheilen.

Kasuistische Mittheilung

von

Medizinalrath Dr. **Haebler**-Nordhausen,
Kreisarzt.

In No. 14 der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung sind unter der Ueberschrift „Zwerchfellzerreissung, Bauchorgane in der Brusthöhle" Befunde beschrieben, welche bei einem Manne durch Begraben unter Mauertrümmern hervorgerufen waren.

Folgende Verletzungen bei einem Selbstmörder nach Ueberfahren durch einen Eisenbahnzug sind nicht weniger bemerkenswerth.

Der Kopf war mit einem Theil der Halswirbelsäule herausgerissen. Beide Arme fehlten nicht weit vom Schultergelenk, beide Beine etwa von der Mitte der Oberschenkel.

Der Brustkorb fühlte sich wie ein Sack mit Nüssen an, und war von vorn nach hinten zusammengedrückt, im Uebrigen ohne äussere Verletzung. Neben dem Rumpf lag auf dem Bahngeleise die rechte Lunge, rechte Niere, ein Stück Leber, und zur Halsöffnung hing eine Dünndarmschlinge heraus.

Auf eine legale Oeffnung wurde verzichtet, jedoch ein Längsschnitt gemacht, um die Lage der anderen Organe anzusehen. — Das Herz war am Ansatz der grossen Gefässe abgerissen, die Leber lag an Stelle der rechten Lunge, der Magen und Dünndarm zum Theil in der Brusthöhle.

Referate.

Sammelbericht.

Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose im Jahre 1901.

Von Dr. Curschmann, Heilstätte Oberkaufungen.

III.

Unser intensivstes Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose besteht noch immer nur in der Prophylaxe. Die Lehre, dass die Tuberkulose überhaupt eine Krankheit sei, der man vorbeugen könne, rührt von Buchanan und Headlam her (Burdon Sanderson). Die Vorbeugung wird naturgemäss zum Theil von der Allgemeinheit, zum Theil von Einzelnen verlangt. Von verschiedenen Seiten wird gefordert, dass sich der Staat mehr aktiv betheiligen solle, sei es durch Errichtung von Anstalten, sei es durch die Anzeige-Pflicht wie in New-York, Sachsen und Norwegen (Krause, Litten, Camaron, Blasius). Die Pflicht, gewisse Fälle von Tuberkulose anzuzeigen, wurde, wo sie wie in New-York schon lange bestehtt nicht unangenehm empfunden und soll daselbst die Sterblichkeit um 30 Prozent heruntergedrückt haben; auch auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress wurde dieselbe fast einstimmig empfohlen. Zugleich mit der Anzeige-Pflicht wird natürlich Hand in Hand eine Desinfektion der Wohnungen sowie eine Verbesserung der Hygiene der Wohnungsverhältnisse überhaupt zu gehen haben, wie dies in New-York ebenfalls bereits geschehen ist (Meyer, Heydweiller). Zur Desinfektion wird besonders das Formalin empfohlen (Spengler mit Ameisensäure, Steinitz, Müller, Dieudonné, in Form des Glühblocks), auch Abwaschen mit 5‰ Sublimat soll vortheilhaft sein (Ottolenghi).

Ein Eheverbot, wie es schon öfters laut geworden ist, wurde diesmal nicht verlangt (sogar nicht in Michigan, wo Irrsinnigen, Idioten, Syphilitischen und Gonorrhoikern die Heirath bei Strafe verboten ist), dagegen soll in Hawai, um der zunehmenden Morbidität an Tuberkulose zu steuern, ein Einwanderungsverbot für Tuberkulöse erlassen worden sein. Mehrfach wurde Isolirung gewünscht, sogar zwangsweise verlangt zum Schutze der gesunden Menschen (B. Fränkel, Krause, Kluge). Bezüglich der Thiertuberkulose glauben (wie schon oben erwähnt) die meisten Autoren im Gegensatz zu Koch, dass sie eine Quelle der menschlichen sei und verlangen Weiterführung strenger Schutzmassregeln (Murphy, Mc Eachran, Delépine, Salmon). — Die persönliche Disposition soll durch billiges Fleisch, durch Hebung der Widerstandskraft beseitigt werden (Steinthal, Reibmayr). Weiterhin wird die Trennung gesunder und tuberkulöser Gefangener empfohlen, das Stillen kranker Frauen verboten, bei tuberkulös belasteten Kindern sei besonders auf gute Körperpflege zu achten (Knopf, Scott, Robinson). — Die Tuberkulose der Kinder und die Skrophulose überhaupt wird vielfach der dringendsten Bekämpfung in Kinderheilstätten empfohlen (Tub.-Kongress, Salomon, Heubner, Ewald, Litten, Weber, Siebelt). Ein Antrag betr. Schutz der Schulkinder gegen tuberkulöse Lehrer wurde in der preussischen Aerztekammer abgelehnt, von andern dagegen viel Gewicht auf die Infektion in der Schule gelegt (Tobeitz). — Für die Verbreitung hygienischer Massregeln und Rathschläge soll möglichst Sorge getragen werden (Sommerfeld, Lancereaux, Meyer, Brouardel). Tostivint und Remlinger glauben in Tunis die Sterblichkeitsverhältnisse der Juden und Araber (1,2 % : 8 %), die sonst gleiche Wohnung, gleiche Kleidung, gleiche Nahrung, gleiche Gewohnheiten haben, von derselben Rasse sind, nur darauf zurückführen zu können, dass die Juden feucht aufwaschen, die Araber trocken kehren. — Ein Spuckverbot auf der Strasse, das in New-York schon seit längerer Zeit besteht, hat in Rom nur ein paar Tage Beachtung gefunden. — Der grosse Werth, der der Auswurfbeseitigung zukommt, hat natürlich verschiedene Ansichten darüber zu Tage gefördert. Die Sachverständigen-Kommission des Volksheilstättenvereins vom rothen Kreuz hält die Sterilisation in den Spuckgefässen für die beste; Vermischen mit Torfmull oder Sägemehl sei nicht ganz einwandfrei. Sonst wurde Verbrennen, 5 Prozent Sublimat und Sterilisation in strömendem Dampf empfohlen (Moeller, Stei-

nitz, Weber, Kornfeld). — Zum Schutz (des Arztes) gegen verstäubte Tröpfchen empfiehlt Cohn Schutzmasken beim Untersuchen d. h. für den Patienten beim Husten. — Eine gute Illustration zur Bewerthung der Spucknäpfe in öffentlichen Gebäuden liefert die Beobachtung von Perrier, dass von über 3000 Personen, die an den Spucknäpfen vorbeigingen, 48 ausspuckten und von diesen 42 ungenirt direkt daneben auf den Boden!

Die prophylaktischen Verhaltungsmassregeln gegen die Tuberkulose im Grossen in das Volk zu tragen, ist nur durch die Heilstätten möglich und zwar gebührt dabei indirekt wieder den Versicherungsanstalten, die nach § 18 des Invaliden-Versicherungs-Gesetzes die Behandlung für die versicherungspflichtige Bevölkerung übernehmen, weitaus der grösste Antheil des Verdienstes. Die grossartige Entwickelung unseres Heilstättenwesens wäre überhaupt nicht möglich gewesen, wenn sie nicht nach dem Vorgehen der hanseatischen Versicherungsanstalten Jene so thatkräftig unterstützt hätten. Denn wenn auch hier in den Heilstätten der Erfolg nicht immer allen Ansprüchen genügt und genügen kann, so ist doch auch ein prophylaktischer Werth dadurch zweifellos, dass das Volk in hygienischen Anschauungen unterwiesen und erzogen wird und diese Belehrung sich dann von jedem Einzelnen im Volke wellenartig fortpflanzt und wahrscheinlich mehr wirkt als alle populäre Schriften und Vorträge. Haben doch sogar eine ganze Anzahl von Versicherungsanstalten eigene Heilstätten im Betrieb resp. im Bau (die Versicherungsanstalten der Hansestädte, Hannover, Braunschweig, Baden, Brandenburg, Hessen, Thüringen, Berlin) und geben jährlich Hunderttausende aus zur Behandlung erkrankter, noch besserungsfähiger Tuberkulöser. Wenn ich nur ein Beispiel herausgreife, so hat die Versichererungsanstalt Hessen im Jahre 1901 über 550 Personen zur Behandlung eingewiesen mit einem Kostenaufwand von mehr als zweimal hunderttausend Mark und man vergegenwärtige sich die Summe von sozialer Arbeit, die dann von sämmtlichen Versicherungsanstalten Deutschlands zusammen jährlich bezw. überhaupt geleistet wird!

Auch die Pensionskasse der Arbeiter der preussisch-hessischen Staats-Eisenbahnen ist im Begriffe, für ihre erkrankten Mitglieder 2 Anstalten zu errichten (Braehmer). Auch aus anderen Ländern liegen zahlreiche Berichte über die Weiterentwicklung des Heilstättenwesens vor (van Ryn, Lentsfils: Belgien, Josselin de Jong: Holland, Walters: England, Szegedy: Ungarn). Und während man auch sonst noch den Werth und die Erfolge hervorhebt oder nachzuweisen bemüht ist (Engelmann, Challbut, Hartnell, Weicker, Reiche), wird er von anderer Seite entweder ganz geleugnet oder doch bezweifelt, oder auch nur kleinere Anstalten als zweckentsprechend resp. als unschädlich betrachtet (Goldschmidt, Benedikt, Brunon). Aufrecht will nur käsige Pneumonie als behandlungsfähig in Lungenheilstätten schicken. Selbstredend ist für den Erfolg der Kur auch die Länge derselben von Einfluss (Stern, Campbell). Auf dem Tuberkulose-Kongress war auch das Klima ein Gegenstand der lebhaftesten Besprechung (Williams, Allen, Burney, Bernhard-Samaden). Die Einweisung von Kranken in offene Kurorte muss nach ganz anderen Gesichtspunkten geschehen als in Heilstätten (Elkan). Ausser den bisher bestehenden werden auch noch andere Anstalten gewünscht, zum Theil, um nicht mehr heilstätten-fähige Patienten zu verpflegen, wie es die Versicherungsanstalt Berlin bereits gethan hat (B. Fränkel), zum Theil, um die auf die Aufnahme in Heilstätten Wartenden aufzunehmen (Jacob). Um die Auslese der für Heilstätten tauglichen Patienten zu bewirken (Braehmer), die noch immer viel zu wünschen übrig lässt (Rumpf, Nahm), sollen Polikliniken errichtet werden (Fränkel, S. Bernheim), über die in Berlin bestehende hat M. Wolff bereits berichtet. Auch eine Heilstätte für chirurgische Tuberkulose ist erstanden (Kraemer) und Sprengel bespricht die Auslese der Kranken für solche. Vielfach werden an Krankenhäuser Abtheilungen für Tuberkulöse mit Liegehalle und dergleichen angeschlossen (Israel-Rosenthal) mit unbestreitbarem Erfolg. Ein wunder Punkt bleibt noch immer die Fürsorge für die Angehörigen der in Heilstätten untergebrachten (Friedeberg, Gebhardt, Pannwitz).

Unter den Berichten über die Behandlung in Heilstätten überhaupt, sowie über verschiedene Einzelheiten der hyg.-diät. Behandlung (Kaurin, Grundt, Boele, Gabrilowitsch, Brecke, Bernheim, Naumann, Freudenthal, Weber, Whinfield, Solis-Cohn, Volland) tritt Naumann für geordnete Thätigkeit für die Patienten in Heilstätten ein, weil die (auch schon früher) allgemein bekannten psychischen Veränderungen der Tuberkulösen (Leichtsinn, Denkträgheit, gesteigerte Libido u. s. w.) nun plötzlich von der Ruhekur in Heilstätten herrühren sollen! Mehrfach wird vor der Ueberernährung gewarnt (Larsen, Bardwell). —

Von anderen Behandlungsmethoden wurde besonders das (alte) Tuberkulin auf dem Londoner Kongress besprochen. Die Meinungen darüber sind allerdings sehr getheilt. Während eine grosse Anzahl dasselbe zur Behandlung für ungeeignet erklärt (le Boeuf, Powell, Oster, Williams, Huggard), glauben Andere damit sehr gute Erfolge erzielt zu haben (Koch, B. Fränkel, Denys, Petruschky). Dass auch die beiden Heilstättenärzte Moeller und Weicker für eine Kombination der Heilstätten- und Tuberkulinbehandlung eintreten, dürfte kaum ein Vertrauensvotum für die erstere sein. — Von anderen Sera wurde, und zwar meist natürlich mit Erfolg, verwendet: das Maraglianosche (Maragliano, Lamari, Figari, Baeri), Antituberkelserum (Stuppert), Tuberculocidin (Klebs, Rörig) Tuberkulin T. R. (Le Clerc-Dandry, Cailland). Denison hat verschiedene Arten von Serum in Bezug auf ihre Erfolge verglichen und kommt dabei zu der frappanten Thatsache, dass die meisten der doch sehr verschiedenartigen Sera fast gleiche Erfolge aufzuweisen haben, nur das wässrige Extrakt der Tuberkelbazillen soll bessere Resultate liefern. —

Auch über die Landerer'sche Hetol-Behandlung sind die Meinungen sehr verschieden. Während die Experimente von Krompecher, M. Wolff, Fränkel und die Experimente gleich zu achtenden, äusserst genauen Beobachtungen Gidionsen's keinerlei Erfolg der Hetolbehandlung erkennen liessen und auch eine ganze Anzahl von Aerzten in der Praxis negative Erfolge sahen oder die Erfolge auf die veränderte Lebensweise zu setzen geneigt sind (Pirl, Fränkel, Halle, Fürbringer, Hödlmoser, Finkelstein, Staub, Kühn, Dohrn) glauben Haentjens, Pollack, Guttmann, Niehues, Mann und Frank Erfolge danach gesehen zu haben; Kossobuczki schreibt ihm nur bei Anfangsstadien einen Einfluss zu, la Mensa bei Haut-, Hildebrand bei Knochentuberkulose überhaupt keinen.

Auch das Cervellosche Igazol kann nach M. Wolffs Experimenten nicht als Heilmittel angesehen werden; auch Hoffner hat keinen Erfolg beobachten können, während es allerdings von Ehrenfeld, Beerwald und Preisach gelobt wird.

Fast ganz unmöglich ist es, all die andern, natürlich immer mit gutem Erfolg angewandten Mittel aufzuzählen, und nur, da ich dieselben nicht ganz übergehen kann, will ich einzelne erwähnen. Auffallender Weise ist sehr wenig von Kreosot und Guajacol die Rede (nur Goldmann und zwar in Kombination mit Ichthyol resp. mit Kalksyrup). Die Hydrotherapie der Lungentuberkulose wird von Meffert und v.

Vogel behandelt. Ausserdem wird gerühmt: Glycogen (Rörig), die Salze der Cacodylsäure (Evoli, Anelli und Steckeli, Rocaz, Bayeux, Leroux), Jod (Cavazzini), Dermosapolpräparate und O-Therapie (Rohden), Silber (Mays), Nitrogen (Lemke), Beklopfung des Thorax (Erni, Friedländer), Harnstoff (Harper), CO_2 (Weber), Aq. fluor. (Opolski), Lignosulfit (Simon), Einspritzung verschiedener Oele in die Trachea (Mendel), künstlicher Pneumothorax (Delagénière), Strychnin (Ferran), Formaldehyd (Magnire), Arsen-Perco (Hoff). Auch der Kumyss hat neuerdings wieder Empfehlung gefunden (Löwensohn). Die Biersche Stauungs-Hyperämie will Schenk auch auf die Lungen anwenden. Hildebrand warnt vor verschiedenen Mitteln, Perco, Glandulen und Fluoroform, — er hätte denselben ruhig noch eine grosse Anzahl Anderer anfügen können. —

Bei Behandlung einzelner Symptome wird besonders Schweiss, Fieber und Blutung bedacht. Gegen die lästigen Nachtschweisse wird vielfach Guacamphol empfohlen (Stadelmann, Jacob, Litten, Kaminer), sodann Tannoform (Strassburger, Nolda) und Formalinseife (Dohrn). Die besten Erfolge sah Stadelmann von Pyramidon camphorat. Gegen Fieber wurde besonders Pyramidon angewandt (Stadelmann, Jacob, Lublinski, Köhler). Meyer und Nikitin halten keine antipyretische Behandlung, ausser den allgemeinen Massnahmen, Bettruhe u. s. w., für nöthig, ja angebracht. — Gegen Blutungen wird allgemein Gelatine benutzt (Gebele, Hammelbacher und Pischinger, Grunow). Letzterer will allerdings auch noch sonstige Hämostatica daneben anwenden.

Von einzelnen Arzneimitteln wird zum Ersatz des Morphiums vielfach Dionin (Zirkelbach) und Heroin empfohlen (Opolski, Geiringer, Jacobi, Morell-Lavallée, Nusch. Lévy, Lorot).

Bezüglich der Behandlung tuberkulöser Erkrankungen anderer Organe dürfte die Behandlung des so häufig miterkrankten Kehlkopfs für den Praktiker von grosser Wichtigkeit sein. Darüber liegen von M. Schmidt, Besold und Tovölgyi ausführliche Mittheilungen vor. Im Allgemeinen wird meist an der Milchsäure-Behandlung festgehalten (Viereck, Kümmel auch für die Nase, Hilsberg), andererseits aber auch Orthoform, Menthol, Aether mit Jodoform und sonstigen Zusätzen, Dijodoform genannt (Freudenthal, Gugenheim, Vacher, Massier).

Zur Schmerzstillung und Abschwellung der Schleimhaut im Kehlkopf wird mehrfach, zum erstgenannten Zweck mit Cocain zusammen, das Nebennierenextrakt empfohlen (Peters, Harmer, Ingals).

Die Heilung der tuberkulösen Peritonitis ist in einzelnen Fällen von selbst zu Stande gekommen (Krackenberger, Merkel), in anderen durch Alkoholumschläge (Meyer), Bettruhe allein (Du Mesnil), durch Jodoform und Kreosot innerlich und äusserlich (Yeo). Meist jedoch wurde der Bauchschnitt gemacht, dessen heilende Wirkung noch vielen Meinungsverschiedenheiten unterliegt, wobei etwa $^2/_3$ (Lauper) danach günstig verlaufen (Baumgart, Sippel, Herbst, Kober, Gluck, William, Lindfors). Auch wegen Darmtuberkulose allein oder mit Bauchfelltuberkulose musste in Folge von Incarcerationserscheinungen mehrmals laparotomirt werden (Helbing, Hugel). Von sonstigen chirurgischen Eingriffen ist besonders die Chirurgie der Lungentuberkulose von Interesse (Quinke, Sarfert, Kröning, Fürbringer, Wills, Berchert). Die Schwierigkeit besteht dabei besonders in der exakten Feststellung der Grenzen der Erkrankung. — In der Behandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke besteht noch immer ein gewisser Antagonismus zwischen konservativem und operativem Vorgehen (Garré, Ludloff, Towsend, Tracy, Mosetta, Reetley, Maas, Sick). Ueber operative Behandlung der Gehirntuberkulose in zwei Fällen berichtet Krönlein. Bei Tuberkulose der Nieren wird meist Entfernung des Organs, natürlich bei einseitiger Erkrankung, vorgenommen (Laewen, Küster, Simon), ebenso wie bei Tuberkulose der Hoden die Entfernung der erkrankten Organe angezeigt ist, Ausfallserscheinungen sind dabei nur höchst selten zu befürchten (Bruns, König, Haas), nur Mauclaire empfiehlt Unterbindung des Samenstranges.

Die Behandlung des Lupus geschieht fast allgemein durch Licht und zwar entweder durch Röntgenstrahlen (Scholtz, Kümmel, Lieberthal, Jeney, Startin, Ehrmann, Szabóky, Rodmann, Squanze, Holland) oder nach Finsen (Morris und Dore, Lesser, Loredde, Forchhammer) oder durch beide Arten kombinirt (Sequeira, Hahn). Auch einfach blaues Licht soll schon genügen (Minim). Die Vorzüge sollen sehr bedeutend, besonders in Bezug auf Narbenbildung sein, dagegen spricht allerdings die lange Dauer und die hohen Kosten der Behandlung (Stapleton), die öfters nach der Behandlung auftretenden Schmerzen (Morris) und vor Allem die unter der Narbe gefundenen noch lebenden Bazillennester (Grouven, Doutrelepont), so dass wohl auch nach dieser Behandlung Rezidive zu erwarten stehen. Die sicherste Methode sei noch immer die Excision (Lang, Snow, König), auch das Holländersche Heissluft-Verfahren soll sehr gute Resultate geben (Holländer, Gasteozoro, Stapler). Geradezu wunderbar soll zweiprozentige Lösung von übermangansaurem Kali wirken (Butte, Hallopean, Nékám). Wenn sich diese Wirkung bestätigt, würde dies sicherlich die einfachste und billigste Methode darstellen. — Ausserdem behandeln Dethlefsen mit Chloräthyl, Rhoden mit Dermosapol. Die Unnasche Spickmethode wird von Krzysztalowicz gelobt. Ueber die sämmtlichen Behandlungsarten gab Werther in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden eine übersichtliche Darstellung.

Ueber die Skrophulose sind die Ansichten zum Theil noch ganz extreme. Während allgemein angenommen wird, dass die Skrophulose entweder eine lokale Infektion von Eiterbakterien oder Tuberkelbazillen oder eine Mischung beider im Kindesalter sei, glaubt z. B. Duckworth, dass die Skrophulose durchaus nichts mit Tuberkulose zu thun habe, eine eigene Diathese sei und nur stark für Tuberkulose disponire; auch Czerny hält sie für eine Konstitutionsanomalie und macht Vorschläge zur Abgrenzung des Begriffs „Skrophulose“. Müller hält weder Eitererreger noch Tuberkelbazillen für die Ursache, — diese sei eben unbekannt, zur Behandlung sei grüne Seife das Beste. — Auch sonst wird meistens die konservative Behandlungsmethode der skrophulösen Drüsen empfohlen (Hammerschlag, Broca, Calot, Poisson). Die französischen Schriftsteller wollen sogar nach der Erweichung noch nicht operativ vorgehen, sondern aspiriren und nehmen Einspritzungen von Jodoform-Aether und Naphtholkampher vor, während sonst für solch vorgeschrittene Fälle — vielleicht ausser der lokalen Wärme — nur die Operation in Betracht kommt (Finkelstein).

Gewerbehygienische Rundschau.

Von E. Roth.

In der deutschen medizinischen Wochenschrift (1902 No. 5) beschreibt L. Mohr sechs Fälle von Vergiftungen bei Arbeitern, welche bei der Fabrikation von Chlor- bezw. Nitro- und Binitrobenzol beschäftigt waren. Zuerst treten Kopfschmerz und Schwindel auf, bei schweren Vergiftungsfällen stürzen die

Arbeiter plötzlich bewusstlos zusammen. Die Krankheitserscheinungen sind auf Umwandlung des Oxyhämoglobins im Methämoglobin zurückzuführen. In gewerbehygienischer Hinsicht ist die Thatsache von besonderer Bedeutung, dass nach Brat der mikroskopische Nachweis des Methämoglobins schon sehr früh, sogar vor Auftreten sonstiger Krankheits-Erscheinungen möglich ist, weshalb regelmässige Blutuntersuchungen nothwendig erscheinen, um solche Arbeiter, bei denen das Vorhandensein von Methämoglobin festgestellt ist, rechtzeitig aus dem Betriebe entfernen zu können. Der Umstand, dass die Arbeiter in den vom Verf. beobachteten Fällen bewusstlos niederstürzten, nachdem sie kurz zuvor alkoholische Getränke zu sich genommen hatten, erklärt sich daraus, dass Nitrokörper der Benzole durch Alkohol gelöst werden und so leichter zur Resorption kommen. Deshalb muss das Verbot des Alkoholgenusses in Betrieben der in Rede stehenden Art mit besonderer Strenge durchgeführt werden. Nach Ausbruch der Vergiftung empfiehlt Mohr Sauerstoffinhalationen, Brat räth ausserdem dringend zur Anwendung des Aderlasses (vgl. auch diese Zeitschrift 1902, No. 10, Gewerbehygienische Rundschau des Verf. über Todesfälle bei der Herstellung von Nitrophenolen und Nitrochlorverbindungen nach den Beobachtungen von Leymann).

Einen Beitrag zur Einwirkung der Pikrinsäure auf den Körper und deren Verhütung bringt Kittsteiner in seinem Aufsatz über Pikrinsäure in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege (Bd. 34, S. 320), der freilich zahlenmässige Unterlagen vermissen lässt. Der Aufsatz ist bereits in No. 12 dieses Jahrgangs eingehend besprochen.

Ueber die Beschaffenheit der Luft in den Lade- und Formirräumen von Akkumulatorenbatterien und ihre hygienische Beurtheilung berichtet Kirstein in der Deutschen Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege (Bd. 34 S. 309 u. f.) Aus den sorgfältigen Untersuchungen des Verf. ergiebt sich, dass bei intensiver Ladung der Akkumulatoren bezw. deren Ueberladung, wie sie von Zeit zu nöthig wird, in den betreffenden Räumen eine Schwefelsäuremenge von etwa 75 bis 85 mg pro Kubikmeter Luft und bei der Formirung der Bleiplatten in den Formirräumen der Akkumulatorenfabriken eine Schwefelsäuremenge von etwa 90 bis 130 mg pro Kubikmeter Luft gefunden wird. Die angegebenen Werthe beziehen sich auf konzentrirte Schwefelsäure, während in der That nur verdünnte (etwa 20 prozentige) Schwefelsäure verspritzt wird. Bei diesen Untersuchungen war der günstige Einfluss einer wirksamen Ventilation nicht zu verkennen.

Hinsichtlich der Einwirkungen einer solchen, mit Schwefelsäuretröpfchen geschwängerten Atmosphäre, leugnet der Verf. jede Schädigung, sowohl bei akuter, wie auch bei chronischer Einwirkung, nur ein Schadhaftwerden der Zähne, insbesondere der Schneidezähne wurde in einigen Betrieben beobachtet. Da ein nicht unerheblicher Theil der in der Luft verspritzten Schwefelsäure in die Lungen gelangt und eine schädliche Einwirkung desselben auf die Lungen bei länger dauernder Einathmung nicht ausbleiben wird, müssen die Formir- und Laderäume mit wirksamen Ventilationsvorrichtungen versehen sein, und zwar, da es sich um die Entfernung der zu Boden sinkenden Schwefelsäuretröpfchen handelt, in der Weise, dass die Luft nahe dem Fussboden abgesaugt und frische Luft unter der Decke zugeführt wird. Ausser den Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter wird ausserdem eine periodische ärztliche Untersuchung der in den Formir- und Laderäumen beschäftigten Arbeiter zu fordern sein. Wenn der Verf. zum Schutz der Zähne und der Schleimhaut des Mundes und Rachens vorschlägt, den Arbeitern eine $^1/_2$ bis 1 prozent. wässrige Boraxlösung zum Mundausspülen zur Verfügung zu stellen, weil sich dabei die aufgenommene Schwefelsäure in Natriumsulfat verwandelt, so darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass das wichtigste Ziel des Betriebsschutzes das Verhüten des Hineingelangens von Schwefelsäuretröpfchen in die Athemluft der Arbeiter ist.

Eine sehr eingehende und lehrreiche Studie über die Hygiene der Holzindustrie" verdanken wir Th. Sommerfeld (Hygienisches Volksblatt u. s. w. Vogel & Kreimbrink, Südende-Berlin und Leipzig, III. Jahrgang, Nrn. 2—7), in der nacheinander die Hygiene der Tischlerei, Drechslerei, Zimmerei, Fassbinderei und Wagnerei besprochen wird. Von besonderer Wichtigkeit ist das Arbeitsmaterial und die professionelle Körperhaltung. Je nach der härteren oder weicheren Beschaffenheit des Holzes ist die Struktur des Staubes eine verschiedene: je härter das Holz, um so feiner ist der Staub. Dieser feinere Staub bildet sich daher vorwiegend bei der Verwendung von Kreis- und Bandsägen, beim Fraisen, beim Abziehen mit der Ziehklinge und beim Schleifen mit Sand- und Schmirgelpapier. Je feiner der Staub, um so eher ist anzunehmen, dass er in die Athmungsorgane eindringt, um hier zu chronischen Katarrhen und Lungenblähung Anlass zu geben, wenn auch der Nachweis, dass feiner Holzstaub bis in die Lungenbläschen eindringt, bisher nicht erbracht ist. Dazu kommt die Schädigung der Lunge durch den Sand- und Schmirgelstaub. Diese Schädigungen erfahren eine weitere Steigerung durch die Körperhaltung, beispielsweise die gezwungene Haltung des Holzdrechslers beim Fussbetriebe, und durch die Beschaffenheit der Werkstätte, ihre Reinhaltung, die Grösse des Luftraumes u. a. Für die einzelnen Bearbeitungsweisen bespricht der Verfasser die speziellen Betriebsgefahren, die an der Hand der vorliegenden Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik erläutert werden, um im Anschluss daran die vorbeugenden Massnahmen zu erörtern. Da eine ausreichende Absaugung des Holzstaubes an der Entstehungsstelle im Allgemeinen nicht oder schwer ausführbar ist, muss die hauptsächlichste Sorge auf eine ausreichende Lufterneuerung und peinlichste Reinhaltung der Arbeitsräume gerichtet sein.

Die „Allgemeine Gewerbehygiene" — Ein gemeinverständlicher Abriss der gewerblichen Gesundheitslehre von Georg Korn (Leipzig, Hilmar Klasing 1902) — bildet einen Band der von Huberti herausgegebenen praktischen gewerblichen Bibliothek. Der Verf. bespricht in aller Kürze die hauptsächlichsten Gefahren der gewerblichen Beschäftigung, indem als wichtigste hierbei in Frage kommenden Momente die Arbeitsdauer, die Körperhaltung, die Einwirkung von Staub und giftigen Stoffen und die Unfallsgefahr erörtert werden. Im Anschluss daran werden einzelne gewerbliche Betriebe unter Berücksichtigung ihrer Gefahren und der in Frage kommenden Verhütungsmassnahmen besprechen.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Köhler, Alban: Knochenerkrankungen im Röntgenbilde. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1901.

Verfasser hat das Material des St. Josefs-Hospitals zu Wiesbaden in sehr dankenswerther Weise ausgenützt, indem er in dem schön ausgestatteten Atlas in 20 Tafeln zu 1 bis 6 Bildern und 17 Textfiguren ausgezeichnete Röntgenbilder der verschiedensten Knochenkrankheiten zusammengestellt hat. Die Auswahl der Bilder zeugt von ebenso grosser Kenntniss des praktischen Bedürfnisses wie ihre Sauberkeit und Deutlichkeit von meisterhafter Technik beredtes Zeugniss ablegt. „Bei der jetzigen Vervollkommnung der radiographischen Technik muss eine richtig exponirte und richtig entwickelte

Platte etwa folgende Einzelheiten aufweisen: Seitliche Kopfaufnahme: Zähne, Nasenbein, Augenhöhlen, knöchernen Gehörgang, Stirnhöhle, Sella turcica. — Halsaufnahme von vorn: Processus spinosi, Zwischenräume zwischen den Wirbelkörpern, Processus transversi. — Schulteraufnahme: Grenzen des Schulterblattes, Gelenkspalt, Struktur am akromialen Claviculaende, Struktur des Akromion; leichte Strukturandeutung am Humeruskopf; die der Platte aufliegenden Hälften der Rippen. — Brustaufnahme: aufliegende Hälften der Rippen, Processus spinosi und transversi, Zwischenräume zwischen je zwei Wirbelkörpern, Herz, obere Lebergrenze. — Beckenaufnahme: Lendenwirbel mit ihren Fortsätzen, die Ränder und Foramina des Kreuzbeins, Symphyses sacro-iliacae, Symphyses pubis, Linea terminalis, Hüftgelenkspalt in Form eines schmalen, halbkreisförmigen Streifens, Foramina obturatoria, Strukturandeutung am Trochanter major. — Extremitätenaufnahme: Struktur der mittleren und kleineren Knochen, bei den grösseren Röhrenknochen zum Mindesten Unterschied zwischen Corticalis und Spongiosa". Diese Norm wird man füglich als Mindestmass bei der Publikation radiographischer Aufnahmen fürderhin verlangen müssen.

Köhlers Bilder werden als Vergleichsobjekte Vielen bei der Deutung eigener Aufnahmen zu Gute kommen. Unter den Textfiguren finden wir vortreffliche Bilder von Knochentumoren (Sarcomdes Femur, Enchondrom im Humerus, Osteomen, Myositis ossificans), ferner Bilder von Knochentuberkulose, Missbildungen und Deformitäten der Knochen. Die sehr schönen Reproduktionen auf den Tafeln (Verfahren der neuen photographischen Gesellschaft Berlin-Steglitz) behandeln in zahlreichen Bildern die von Sudeck besonders hervorgehobene Inaktivitätsatrophie, die Tuberkulose des Fusses, der Hand, des Ellbogens, die Spina ventosa, die Coxitis; mehrere Beobachtungen von Knochensyphilis sind differential-diagnostisch beachtenswerth; die Osteomyelitis in verschiedenen Stadien, die Arthritis deformans, Knochenerkrankung bei Syringomyelie, bei Zwergwuchs kommt in klaren Bildern zur Darstellung. Der begleitende Text hebt die differential-diagnostischen Momente, so z. B. bezüglich der Tuberkulose, der Syphilis, der Osteomyelitis acuta soweit sie sich aus dem Radiogramm ergeben, hervor. So wird der Atlas allen denen zu Statten kommen, die bei einem geringeren Beobachtungsmaterial Vergleichsobjekte benöthigen. Es sind aber auch durchweg Musteraufnahmen; der Ehrgeiz, hinter ihnen nicht zurückzubleiben, wird zweifellos noch viele weite Aufklärungen über die bislang nur am Obduktionstisch gründlich studirbaren Knochenerkrankungen zeitigen.

P. Stolper-Breslau.

Hartmann, Arthur, Die Krankheiten des Ohres und Behandlung. 7. Aufl. 68 Abbildungen. Berlin. Fischers Medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld. 1902.

Das Buch Hartmanns liegt neuerdings in 7. Auflage vor und es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollten wir das alt- und allbekannte Buch noch in extenso besprechen. Das Lehrbuch Hartmanns gehört nach wie vor zu den besten kurzgefassten Lehrbüchern unseres Faches und es ist insbesondere für den Studirenden durch die kurze Fassung, die Klarheit seiner Diktion eines der empfehlenswerthesten Werke; aber auch der Geübtere findet im Allgemeinen das, was er zu suchen wünscht.

Es braucht wohl kaum erwähnt zu werden, dass die Fortschritte der neuen Ohrenheilkunde voll und ganz berücksichtigt sind. Die Anordnung ist im Grossen und Ganzen die gleiche geblieben; neu sind eingefügt worden die Kapitel über die Schwerhörigkeit in der Schule, die Begutachtung von Ohrkranken und die Militärtauglichkeit Ohrkranker, also lauter aktuelle Themen.

Auf jeden Fall kann der neue Hartmann mit dem besten Gewissen als ein guter Führer auf dem Gebiete unserer Erkrankungen empfohlen werden und sicher wird er, wie seine Vorgänger, die gleich günstige Aufnahme allerorts finden.

Hg.

Onodi, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven. Mit ergänzenden patholog. Beiträgen. Berlin 1902. P. Coblentz.

O. hat die verwickelten anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Kehlkopfinnervation zum engeren Gebiet seiner speziellen Forschung gemacht und hier die Frucht der Studien niedergelegt. Und thatsächlich ist durch diese exakten und schönen Untersuchungen ausserordentlich viel in den strittigen Fragen geklärt werden, so dass wir Vieles, was vordem unklar und hypothetisch war, entweder als erwiesen oder aber als falsch betrachten können. Jedenfalls sind wir durch diese neue Arbeit des verdienten Forschers um einen guten Schritt weiter gekommen. Alle, die sich mit der Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes zu befassen in die Lage gesetzt sind, werden die Ausführungen Onodis dankbar aufnehmen. Hg.

Reiss. Einiges über die signaletische Photographie (System Bertillon) und ihre Anwendung in der Anthropologie und Medizin. München 1902. Seitz & Schauer. 13 Seiten.

Das Heft enthält eine kurze Anleitung zur Aufnahme von Photographieen nach Bertillonscher Methode und eine Würdigung dieses Verfahrens vom Standpunkt der Wissenschaft und Praxis aus. F. L.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Ferdinand Enke:

Wilhelm Ebstein, Dorf- und Stadthygiene. Mit 2 Abbildungen. 160 S.

Seel, Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. Ein Lehr- und Nachschlagebuch für Chemiker, Apotheker, Aerzte und Juristen. 478 S.

Kobert, Ueber die Schwierigkeiten bei der Auslese der Kranken für die Volkslungenheilstätten, und über den Modus der Aufnahme in dieselben. Mit 2 Abbildungen. 148 S.

Verlag J. F. Bergmann:

Pollatschek, Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. 320 S.

Ohlemann, Die neueren Augenheilmittel. 191 S.

Lang, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 653 S.

Löwenfeld-Kurella, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.

Heft XIV. **Hoche,** Die Freiheit des Willens vom Standpunkte der Psychopathologie. 40 S. 1 M.

Heft XV. **Jentsch,** Die Laune. 60 S. 1,50 M.

Bezold, Die Taubstummheit. Mit 6 Textabbildungen und einer Tafel. 133 S.

Verlag Gustav Fischer:

Gärtner, Die Quellen in ihren Beziehungen zum Grundwasser und zum Typhus. Mit 22 Abbildungen und 12 lithographischen Karten. 162 S. 10 M.

Verlag Carl Marhold:

Hoppe, Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten. 158 S. 4 M.

Verlag N. G. Elwert:

Tuczek, Geisteskrankheit und Irrenanstalten. 69 S. 1,20 M.

Verlag Joh. Ambr. Barth:

Natterer, Kurze Darstellung des preussischen Gesetzes betr. die ärztlichen Ehrengerichte. 48 S. 80 Pf.

Verlag Oskar Coblentz:

Onodi, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven. 179 H. 6 M.

Gebührenwesen.

Zur Liquidation der Vorbesuche im Entmündigungsverfahren.[1])

Von Privatdozent Dr. Ernst Schultze-Andernach.

Es wird wohl kaum einen ärztlichen Sachverständigen geben, der nicht schon einmal Veranlassung gehabt hat, sich mit dem Gericht wegen der Gebühren für Vorbesuche auseinandersetzen zu müssen; besonders die Anstaltsärzte werden davon ein Lied singen können aus später zu erörternden Gründen.

Im Grossen und Ganzen sind es drei verschiedene Gesichtspunkte, von denen aus die Liquidation des Gutachters über Vorbesuche von Seiten des Gerichtes beanstandet werden kann, je nachdem die Zahl, der Ort oder der Zweck der Vorbesuche in Frage kommt.

1. Was die Zahl angeht, so ist es nach § 6 Abs. 2 des Gesetzes vom 9. März 1872, sowie nach dem Min.-Erlass vom 28. April 1887 nur dann gestattet, mehr als drei Vorbesuche zu liquidiren, wenn diese auf ausdrückliches Verlangen der requirirenden Behörde gemacht sind. In der Praxis wird der Vorgang meist der sein, dass der Sachverständige im Laufe der Untersuchung sieht, dass drei Vorbesuche nicht ausreichen und dass er dann vom Gericht die Genehmigung einholt, noch weitere Vorbesuche machen zu dürfen. Deren Zahl wird sich im Voraus kaum jemals bestimmt angeben lassen; andererseits kann man in dem betreffenden Gesuche hervorheben, dass man nur die unerlässlich nothwendigen Vorbesuche in Anrechnung bringen werde. Das ist ja eigentlich selbstverständlich, und ein Hinweis darauf ist nur deshalb nicht überflüssig, weil das Gericht sonst diese Einschränkung ausdrücklich hervorheben würde. Es empfiehlt sich dringend, von der requirirenden Gerichtsbehörde sich diese ausdrückliche Genehmigung schriftlich geben zu lassen. In einem mir bekannt gewordenen Falle war sie nur mündlich ertheilt, und nachher, als es ans Bezahlen ging, tauchten allerlei Missverständnisse auf, die die wahre Sachlage nicht mehr aufzuklären vermochten. Soweit meine eigene Erfahrung reicht, wird von dieser Möglichkeit wenig Gebrauch gemacht. Hoche berichtet allerdings, dass er in einem Falle 25 Vorbesuche mit Erfolg in Rechnung gesetzt habe (Hoche: Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? 1902. Anm. zu pg. 21). Der Grund der seltenen Anwendung dürfte weniger darin liegen, dass zur Begutachtung der psychiatrischen Fälle eine dreimalige, besonders eingehende Beobachtung genügt, als vielmehr darin, dass es noch einer besonderen Eingabe ans Gericht bedarf; diese zu machen scheut sich der Arzt! Das Gericht wird so andererseits verwöhnt und ist erstaunt, wenn einmal wirklich ein Sachverständiger ausdrücklich darum bittet, mehr als drei Vorbesuche liquidiren zu dürfen.

Ich halte die hier und da verfochtene oder in die Praxis übersetzte Ansicht für nicht ganz einwandfrei, die Genehmigung zur Erstattung einer grösseren Zahl von Vorbesuchen vom Gericht auch dann einholen zu dürfen, wenn eine dreimalige Untersuchung zwar genügt, wenn aber die Begutachtung mit sonstigen ungewohnten Schwierigkeiten, wie dem Studium umfangreicher Akten etc. verknüpft ist. Werden mehr Vorbesuche als drei liquidirt, so müssen diese auch ausgeführt sein.

Andererseits betont der schon zitirte Ministerialerlass vom 28. April 1887, dass der Arzt nur die zu der Vorbereitung unerlässlich nothwendigen Besuche machen und sich insbesondere bei unvermögenden Personen thunlichst auf einen Besuch beschränken soll; ein früheres Reskript vom 14. November 1841 enthielt eine entsprechende Vorschrift auch für die Besuche bei auswärtigen Exploranden.

Meines Wissens ist von dieser Bestimmung von Seiten des Gerichts nie in der Weise Gebrauch gemacht worden, dass schlechte Vermögensverhältnisse des zu Untersuchenden dem Arzt die Anrechnung von nur einem Vorbesuche erlauben. Der naheliegende Einwand, den, soweit ich mich entsinne, schon Mendel gemacht hat, ist sicherlich berechtigt, dass nicht einzusehen ist, warum die Begutachtung armer (oder auswärtiger) Personen weniger Vorarbeiten erfordern solle als die wohlhabender; dann ist aber doch auch zu berücksichtigen, dass die durch die Begutachtung entstandenen Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen der untersuchten Person zur Last fallen.

2. Ist der Ort von Belang, an dem zum Zwecke der sachkundigen Ermittelungen der Vorbesuch stattfindet, so kommt es darauf an, ob diese vorherige Untersuchung in der Privatwohnung des Arztes oder ausserhalb vorgenommen wird. Für den letzteren Fall berücksichtigt § 6 des Gesetzes vom 9. Mai 1872 weiterhin zwei Möglichkeiten; entweder liegen die Voraussetzungen vor, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen — und dies hat dann jetzt nach dem viel besprochenen und angegriffenen Ministerial-Erlass vom 10. Mai 1901 zu geschehen — oder der Gutachter erhält eine Gebühr von 3 Mark für jeden Vorbesuch. Ob und inwieweit für Vorbesuche, die in der Wohnung des Arztes erfolgen, liquidirt werden kann, darüber später.

Obiges Gesetz vom 9. März 1872 sagt zwar in seinem § 6 nicht ausdrücklich, dass die Gebühr von 3 Mark nur für Vorbesuche gelten solle, die ausserhalb der Wohnung des Arztes stattfinden.

Indess leitet das Reichsgericht mit seiner Entscheidung vom 6. Februar 1893 die Richtigkeit einer solchen Annahme aus dem Sinne und Wortlaut des Gesetzes her: „sie ergebe sich einmal aus dem gebrauchten Ausdruck „Vorbesuche machen“ (für mehr als drei Vorbesuche passirt die Gebühr nur insoweit, als die Vorbesuche auf ausdrückliches Verlangen der requirirenden Behörde gemacht sind) und sodann daraus, dass die Gebühr nur für den Fall bewilligt ist, dass nicht die Voraussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen. Die erste Voraussetzung der Anwendung des § 6 ist mithin die, dass der Sachverständige einen Vorbesuch macht, d. h. dass er zu dem zu untersuchenden Subjekt geht, dass er aber nicht den Vorbesuch empfängt d. h. der Explorand darf nicht zu ihm, in die Wohnung des Mediziners, kommen.

Die Berechtigung einer Liquidation dürfte m. E. schon dann vorliegen, wenn der Arzt seine Privatwohnung verlässt und den Exploranden aufsucht, der zwar in demselben Hause, aber in Räumen, die von seiner Wohnung völlig getrennt sind, wohnt. Ich gebe aber zu, man kann darüber streiten.

Aber nicht strittig dürfte es sein, dass der Arzt einer öffentlichen Irrenanstalt einen Vorbesuch macht, wenn er seine Anstaltswohnung verlässt und sich zu dem Pavillon begiebt, in welchem der betreffende Kranke untergebracht ist. Man sollte meinen, eine andere Auffassung sei nicht gut möglich.

[1]) Nach einer Mittheilung in der 69. Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 7. Juni 1902.

Es wurde mir im Laufe der Zeit in etwa $^1/_2$ Dutzend von Fällen die Bezahlung der Vorbesuche verweigert in der Annahme, dass diese in meiner Wohnung stattgefunden hätten. Meine Erwiderung, ich wohnte zwar mit dem Kranken auf einem Terrain, aber nicht mit ihm unter einem Dache, sondern in einem besonderen Hause, genügte, die Verfügung der Zahlung herbeizuführen. Einmal wurde mir bedeutet, es handle sich um Besuche des Anstaltsarztes in der Anstalt, nicht um Vorbesuche ausserhalb des Hauses bezw. der Wohnung oder Anstalt des Arztes; in der Antwort hob ich damals ausserdem noch hervor, dass die Anwendung des Begriffes „Anstalt“ weder durch den Wortlaut des Gesetzes noch durch die Reichsgerichts-Entscheidung vom 6. Februar 1893 geboten erscheine. Wir haben in Bonn seitens des Landgerichts einen Beschluss erwirkt, „dass ein Besuch der hier in Rede stehenden Art, bei welcher ein Anstaltsarzt die ihm zur Wohnung überwiesenen Räume einer Anstalt verlässt, um den Exploranden in einer anderen Abtheilung der Anstalt aufzusuchen, ein ausserhalb der Wohnung gemachter Besuch sei, zumal bei einem so ausgedehnten Komplex von Gebäuden, wie die hiesige Provinzialirrenanstalt einen solchen darstellt.“

In der Folge bin ich noch des Oefteren gefragt worden, wo ich den Exploranden untersucht hätte; meine einfache Erklärung, ich hätte dem Kranken einen Vorbesuch in der Anstalt ausserhalb meiner Wohnung erstattet, war genügend.

Dass obige Auffassung nicht von jedem Gericht getheilt wird, habe ich jüngst erfahren durch die Liebenswürdigkeit befreundeter Kollegen, die, wie ich von vornherein betonen möchte, an einer neueren, grossen Irrenanstalt, die durchaus in dem modernsten Pavillonsystem gebaut ist, angestellt sind. Die Entscheidung des Gerichtes dürfte auch weitere Kreise interessiren; sie ist die Veranlassung der vorliegenden Zeilen.

Der betreffende Anstaltsarzt hatte in einem Entmündigungsverfahren zwei Vorbesuche liquidirt. Er machte das Amtsgericht, das die Gebühren dafür strich, in seiner Beschwerde darauf aufmerksam, dass er als Arzt der Anstalt mit den Kranken nicht unter einem Dache wohne, dass die Anstalt vielmehr aus mehreren, einzeln stehenden Gebäuden bestehe, dass die Besuche thatsächlich nicht in der eigenen Wohnung empfangen, sondern in der Wohnung des Kranken, in dem Krankenpavillon, gemacht seien.

Darauthin entschied das Landgericht: „Unter den dort (§ 6 des Gesetzes von 1872) erwähnten „Vorbesuchen“ sind nur solche Besuche zu verstehen, die der Sachverständige ausserhalb seiner Behausung macht. (Vergl. Entsch. des Reichsgerichts in Civilsachen, Bd. 2. S. 367.) Solche liegen untergebens nicht vor. Allerdings wohnt der Beschwerdeführer, wie er angiebt, nicht „unter einem Dache“ mit dem zu Entmündigenden. Aber bei der Anstalt X., die aus einem Komplex mehrer Gebäulichkeiten besteht, wovon eins den Kranken, ein anderes den Aerzten als Wohnung dient, ist die Anstalt als solche als die Wohnung des zu den ärztlichen Beamten dieser Anstalt gehörigen Sachverständigen anzusehen.“

Eine weitere Beschwerde beim Oberlandesgericht erschien aussichtslos, schon mit Rücksicht auf § 568, Abs. 2, C. P. O., weil ein neuer selbständiger Beschwerdegrund nicht mehr vorgebracht werden konnte. In diesem Falle wurde die Beschwerde als ungiltig verworfen, da nach § 568 Abs. 3 bei einer weiteren Beschwerde nach der Entscheidung des Landgerichts die Beschwerdesumme den Betrag von 50 Mark übersteigen muss.

Bald darauf war derselbe Arzt als Sachverständiger in einem anderen Entmündigungsverfahren thätig; das Amtsgericht setzte die Gebühren für Vorbesuche wiederum ab. In seiner Beschwerde nahm der Kollege eingehend Bezug auf den vom Landgericht in seiner obigen Entscheidung eingenommenen Standpunkt.

Er betonte, dass die Worte „Behausung“ und „Wohnung“ in der schon mehrfach zitirten Reichsgerichts-Entscheidung vom 6. Februar 1893 vollständig identische Begriffe seien, dass sie dort ohne Weiteres promiscue gebraucht seien (cf. Satz 1 des Absatzes 2, Absatz 6 und 7 der Begründung). Die für die Kranken bestimmten Pavillons können aber unmöglich als Wohnung des Arztes angesehen werden. Die Arztwohnung besteht lediglich aus den dem Arzt seitens der Anstaltsdirektion bezw. der vorgesetzten Behörde zu seinem Privatgebrauch übergebenen Räumen, worüber die Wohnungsübergabe entscheidet. Andererseits hat der Arzt keine freie Verfügung über die Krankenpavillons; er kann dort nicht schlafen, wenn er das etwa wollte, noch daselbst eine andere Person unterbringen ohne ausdrückliche Erlaubniss der Direktion, und das widerspricht direkt der Anwendung des Begriffs „Behausung“; ja, er bedarf sogar zu dem blossen Vorhaben, die Anstalt einem Dritten zeigen zu wollen, der ausdrücklichen direktorialen Erlaubniss nach der massgebenden Hausordnung.

Weiterhin wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass die Reichsgerichts-Entscheidung unterscheidet zwischen dem „Empfangen“ und „Erstatten“ bezw. „Machen“ von Vorbesuchen; der massgebende Unterschied ist hierbei der, ob sich der zu Untersuchende zum Arzt oder umgekehrt der Arzt zum Exploranden begiebt.

Das Landgericht hielt darauf in seinem Beschluss die Liquidation der Vorbesuche nur dann für berechtigt, wenn der Sachverständige „zum Zwecke des Vorbesuchs seine Behausung verlassen und sich in die getrennt von seiner Behausung gelegene Wohnung des zu Untersuchenden begeben muss. Davon kann untergebens, wie sich aus den Gründen des Beschlusses von hiesiger Stelle . . . . ergiebt, nicht die Rede sein, weil hier im Verhältniss zu den in derselben Anstalt untergebrachten Kranken die Anstalt als die Behausung des Arztes anzusehen ist. Die Ausführungen des Beschwerdeführers in vorliegender Sache geben dem Gericht keinen Anlass, von seiner früheren Auffassung abzugehen.“ —

Das Landgericht griff auch in seinen späteren Beschlüssen nach weiteren Beschwerden desselben und anderer Kollegen immer wieder auf seinen obigen Beschluss zurück.

Eines ausführlichen Kommentars enthalte ich mich.

Man kann wohl, um nur eins zu bemerken, mit dem Landgericht sagen, der Arzt wohnt in der Anstalt. Aber das berechtigt doch nicht zu der Annahme, die Anstalt sei die Wohnung des Arztes. Das klingt mehr als gezwungen und widerspricht direkt dem Sprachgebrauch. Und um so sonderbarer nimmt sich eine solche Auffassung aus, wenn man bedenkt, dass die in Rede stehende Anstalt aus einigen 40 getrennten Gebäulichkeiten besteht, also einen kleinen Ort darstellt.

Dass ich und mit mir wohl alle Irrenärzte der Ansicht des Landgerichts nicht beipflichten werden, das brauche ich kaum zu sagen.

Aber auch die Juristen und Gerichtskassenbeamten, die ich in der Zwischenzeit befragen konnte, theilten meine Ansicht und fanden obige Entscheidung nicht recht verständlich.

Bestände jene Ansicht zu Recht, so würde sie noch eher anwendbar sein auf alte Anstalten; und dann hätten Vorbesuche überhaupt nicht liquidirt werden dürfen. Mit mathematischer Sicherheit wäre dann aber auch zu erwarten gewesen, dass die Gebühren für Vorbesuche gelegentlich der Revisionen unserer Liquidationen uns früher stets gestrichen worden wären.

3. Die Frage, ob für Vorbesuche, die in der Wohnung des Sachverständigen stattfinden, liquidirt werden darf, ist bisher noch nicht erörtert worden, weil sie eng verbunden ist mit der weiteren Frage: Welchen Zweck hatte der Vorbesuch? Diente er zur Vorbereitung für den mündlichen Termin? oder zur Erstattung des Gutachtens?

Für die Beantwortung jener Frage giebt uns ebenfalls die Reichsgerichtsentscheidung vom 6. Februar 1893 eine Handhabe. „Erfolgt sie (d. i. die Untersuchung) . . . auf Erfordern der Behörde vor dem Termin, so ist sie eine besondere, von der Terminabwartung getrennte Leistung, für die der Sachverständige auch dann, wenn die Untersuchung in seiner Behausung stattgefunden hat, entschädigt werden muss.“ Die Entschädigung beträgt dann entsprechend § 3 No. 1 des Gesetzes vom 9. März 1872 Mk. 1,50 für jede ganze oder angefangene Stunde und soll gemäss § 6 desselben Gesetzes den Betrag von 3,00 M. für jeden Besuch im Höchstbetrage nicht überschreiten.

Ein Beschluss des Reichsgerichts VI. Ziv.-Senat vom 19. April 1888 fiel ähnlich aus. Das Prozessgericht hatte dem Kläger die Anweisung ertheilt, sich vor dem Terminstage bei dem Arzte, dem Beschwerdeführer, zum Zwecke seiner Untersuchung zu melden; dieser war zu dieser Untersuchung aufgefordert und damit war deutlich zu erkennen gegeben, dass eine Thätigkeit neben und ausserhalb der Terminsabwartung von dem Beschwerdeführer verrichtet werden sollte. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf Vergütung für diese besondere Thätigkeit stellt sich danach gerechtfertigt dar, und auch der beanstandete Satz von Mk. 3,00 ist nicht zu beanstanden. Denn wollte man auch mit dem Vorderrichter annehmen, dass der § 6 Gesetz vom 9. März 1872 nur auf die vom Medizinalbeamten gemachten, nicht auch auf die in seiner Wohnung empfangenen Vorbesuche zu beziehen sei, so würde sich doch jener Satz nach § 10 rechtfertigen, da mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Geschäfte und den zur Ausrichtung derselben erforderlich gewesenen Zeitaufwand Bedenken gegen die Angemessenheit des liquidirten Betrages nicht obwalten können.

Eine Gebühr für derartige Vorbesuche steht dem Gutachter auch dann zu, wenn er später, nach dem Termine, ein schriftliches Gutachten zu erstatten hat. Abgesehen davon, dass die Frage, ob sofort im Termin ein mündliches oder später erst ein schriftliches Gutachten erstattet werden soll, oft genug erst im Termin entschieden wird, bedarf der Sachverständige zur Vorbereitung zum Termin der Vorbesuche, um in diesem dem Richter durch Stellung der zweckentsprechenden Fragen das demonstriren zu können, dessen Kenntniss er dem Richter übermitteln will.

Waren die Vorbesuche aber nur zur Erstattung des schriftlichen Gutachtens nothwendig, so sind sie nach jener Reichsgerichts-Entscheidung nicht zu berechnen; die Gebühren für das schriftliche Gutachten sind (so führt jene Entscheidung aus) auf 6—24 Mk. bestimmt, so dass ein ausreichender Spielraum gegeben ist, bei der Festsetzung der Gebühr die vom Sachverständigen aufgewendete Mühewaltung, also auch die empfangenen Besuche, zu berücksichtigen.

Wird aber vom Gericht ausdrücklich eine längere Beobachtung der zu begutachtenden Person aufgegeben, so hält eine neuere Reichsgerichts-Entscheidung vom 19. Januar 1900 (cf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1900, pg. 378) auch dann die Anrechnung der Vorbesuche für gerechtfertigt. „Dass nicht unter allen Umständen jede für ein demnächst zu erstattendes Gutachten aufgetragene Thätigkeit durch die Gutachtengebühr abgegolten sein kann, liegt in dem Falle auf der Hand, wenn z. B. dem Sachverständigen eine Wochen oder gar Monate andauernde tägliche Beobachtung aufgetragen worden wäre. Nur die gewöhnliche Untersuchung, wie sie zur Erstattung eines jeden Gutachtens in der Regel erforderlich ist, kann als in der Gutachtengebühr mitabgegolten gelten und für jede darüber hinausgehende Thätigkeit muss, dem allgemeinen Grundsatz des § 413 der Civil-Prozessordnung entsprechend, dem Sachverständigen daher auch eine weitere Vergütung gewährt werden.“

So freudig auch jede Entscheidung zu begrüssen ist, die die finanzielle Seite des Sachverständigen bessert, so kann ich doch nicht die Befürchtung unterdrücken, dass die Uebertragung dieser Entscheidung in die Praxis nicht immer so leicht sein wird. Wann beginnt die „gewöhnliche Untersuchung“ eine „längere Beobachtung“ zu werden? Wird Letzteres für alle die Fälle zutreffen, in denen eine Beobachtung auf Grund des § 81 der Strafprozessordnung oder § 656 C. P. O. angeordnet wird.

Das oben erwähnte Landgericht entschied auf eine Beschwerde des Direktors der Anstalt, dass zweifellos der Zustand des Kranken dem Sachverständigen auf dessen täglichen Rundgängen bekannt und daher Vorbesuche überhaupt nicht nothwendig waren. Woher nimmt das Gericht seine anscheinend so eingehende Kenntniss des Anstaltsbetriebes? Das, was wir von den Kranken bei den üblichen Visiten erfahren, genügt doch nur in recht wenigen Fällen zum Erstatten des schriftlichen Gutachtens.

Um einer Diskussion darüber, ob die Vorbesuche zur Vorbereitung für den Termin oder für das schriftliche Gutachten nothwendig waren, von vornherein begegnen zu können, erstatte ich grundsätzlich die in Rechnung zu bringenden Vorbesuche stets vor dem Termin. Das ist auch das naturgemässe, wie denn der Ministerial-Erlass vom 28. April 1887 voraussetzt, der Gutachter habe sich vor dem Vernehmungstermine durch Vorbesuche und Rücksprache die zur Abgabe eines Gutachtens erforderliche Kenntniss verschafft.

Eben deshalb ordnet auch die Verfügung des Justiz-Ministers vom 10. Mai 1887 eine frühzeitige Ladung des Sachverständigen an und hält eine Frist von 6 Wochen zwischen Ladung und Vernehmung für ausreichend.

Wird der Sachverständige im Entmündigungsverfahren so kurz vor dem Termin geladen, dass er in der Zwischenzeit nicht die zu seiner Information nothwendige Zahl von Vorbesuchen machen kann, so wird das Gericht seiner Bitte um Hinausschiebung des Termins sicherlich meist willfahren. Eine Gefahr für den zu Entmündigenden kann daraus kaum erwachsen dank dem Institut der vorläufigen Vormundschaft § 1906 B. G. B.

Ein Ministerial-Reskript des Justizministers vom 14. August 1876 fasst als Vorbesuch im Sinne des § 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 auf jede zu der aufgetragenen Ermittelung erforderliche, ausserhalb der Wohnung vorgenommene Besichtigung der zu untersuchenden Person. In Anlehnung an diese Verfügung wurde ein Arzt abschlägig beschieden, der einen Vorbesuch dafür liquidirt hatte, dass er sich zur Information über eine frühere Erkrankung des Angeklagten in das Hospital begeben und das Krankenbuch eingesehen hatte; diese Zeitversäumniss sei bei der Gebühr für das Gutachten bereits berücksichtigt.

Indess handelt es sich hier um eine Strafsache. Der Ministerial-Erlass vom 28. April 1887 sieht in Z. 1 ausser den Besuchen des zu Entmündigenden ausdrücklich eine Rücksprache mit den Angehörigen und dem Arzte des zu Entmündigenden vor, und dürften m. E. diese sachkundigen Ermittelungen auch hinsichtlich der Gebührenfrage in einer Linie mit den Vorbesuchen jedenfalls dann stehen, wenn die Vor-

aussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen. —

Wir haben uns schliesslich die Frage vorgelegt, ob nicht auf irgend eine Weise die Aerzte der obigen Anstalt die Bezahlung von Vorbesuchen erreichen können.

Man kann an die Möglichkeit denken, dass die Beschwerdesumme den Betrag von 50 Mark übersteigen kann; dazu bedürfte es 17 Vorbesuche, mit anderen Worten, das betreffende Amtsgericht müsste dem Sachverständigen die Erlaubniss geben, noch weitere 14 Vorbesuche ausser den üblichen drei zu machen. Wird ein derartig gestalteter Fall so bald vorkommen? Wird das Gericht ohne Weiteres der Bitte des Sachverständigen willfahren? Wird nicht vielmehr das Amtsgericht sich von vornherein wieder auf seinen alten Standpunkt stellen hinsichtlich der Gebühren?

Der Weg der Klage ist abgeschnitten; nach einer Entscheidung des Reichsgerichts, IV. Senat vom 22. Dezember 1898, kann der Gebührenanspruch des Sachverständigen nicht durch Klage im ordentlichen Rechtswege verfolgt werden.

Ich halte es für recht fraglich, ob, nachdem die über die obige Beschwerde entscheidende Kammer des Landgerichts stets die gleiche Zusammensetzung hatte, eine Ablehnung derselben Richter bei einer neuen Entscheidung über die gleiche Beschwerde durch Besorgniss der Befangenheit (§ 42 Z. P. O. Abs. 1) begründet werden kann; wenigstens hat das Oberlandesgericht Jena (Seuffert Archiv 47, Nr. 57 cf. Band 36, Nr. 299) entschieden, dass die Theilnahme an dem Erlass eines dieselbe Frage betreffenden Urtheils in einem anderen Rechtsstreite die Annahme einer nicht streng sachlichen Behandlung des Rechtsstreits in Folge einer bewussten oder unbewussten Hinneigung zu einer der Parteien nicht rechtfertigt. Versetzte ich mich an die Stelle eines der Richter des betreffenden Landgerichts, so würde ich mir, offen gesagt, die nothwendige Objektivität nicht zutrauen, wenn immer wieder die Anstaltsärzte sich beschwerten, und wenn diese schliesslich neue Gründe vorbrächten, falls dies überhaupt noch möglich wäre. Indess ist die in obiger Entscheidung ausgedrückte Ansicht in jeder Hinsicht die herrschende.

Es besteht aber die Möglichkeit, dass das Landgericht in erster Instanz ein Gutachten von einem Anstaltsarzt einfordert, etwa zur Feststellung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit oder in Sachen Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Stellt sich dann das Landgericht auf den gleichen Standpunkt, den es bisher in der Beschwerdeinstanz eingenommen hat, so kann der Gutachter sich beschwerdeführend an das Oberlandesgericht wenden, da in § 17 Abs. 3 der Gebührenordnung nur auf § 568—575, nicht § 576 Z. P. O. Bezug genommen wird.*)

Sodann bestimmt § 7 des Gesetzes vom 9. März 1872, dass nichtbeamtete Aerzte für die Besorgung gerichtsärztlicher Geschäfte „in Ermangelung anderweitiger Verabredung“ dieselben Gebühren etc. erhalten, wie die Medizinalbeamten. Die nichtbeamteten Aerzte machen von dieser ihnen eingeräumten Ausnahmebestimmung, besondere Gebühren mit dem auftraggebenden Gericht zu vereinbaren, herzlich wenig Gebrauch aus den schon oben erwähnten Gründen. Nur einige wenige Male habe ich durch Akteneinsicht Kenntniss von ihrer praktischen Anwendung erhalten; zuletzt in einer Entmündigungssache, in der die Kosten für Rücksendung der Akten allein 5,70 Mark betrugen. Ob aber das hier in Betracht kommende Amtsgericht sich auf eine anderweitige Verabredung einlassen wird, erscheint mir nicht sicher; und der praktische Arzt, der nach § 407 Z. P. O bezw. § 75 Str. P. O. unbedingt der Ernennung zum Sachverständigen zu folgen hat, kann nicht die Ausübung seiner gutachtlichen Thätigkeit davon abhängig machen, ob das Gericht seine Forderungen erfüllt; denn nach dem Beschluss des Kammergerichts Berlin, vom 1. Oktober 1901, Seuff. Archiv 56, Nr. 60, kann ein Sachverständiger nicht die vorherige Zusicherung bestimmter Gebührensätze verlangen.

Ich sehe keinen anderen Ausweg, als den oben angedeuteten, soweit ich die Sachlage, der ich von Anfang an mit regem Interesse gefolgt bin, zu beurtheilen vermag, wenn man nicht der Frage näher treten will, zu versuchen, durch eine Beschwerde an die betheiligten Ministerien oder Extraktion einer Entscheidung der Oberrechnungskammer dem Uebelstande abzuhelfen.

*) Von juristischer Seite werde ich nachträglich darauf aufmerksam gemacht, dass, wenn die Anweisung der Sachverständigengebühren durch einen beauftragten Richter des Landgerichts geschieht, die Beschwerde an das Landgericht geht. Geschieht die Anweisung durch den Vorsitzenden der betreffenden Kammer des Landgerichts, der für die Kammer gehandelt hat, so geht die Beschwerde an das Oberlandesgericht.

Tagesgeschichte.

Die Häufigkeit der Selbstmorde.

Nach der kürzlich fertiggestellten Statistik für das Jahr 1900 haben in diesem Jahre die Selbstmorde absolut eine höhere Zahl erreicht als in jedem früheren, nämlich 11393. Eine absolute stetige Zunahme ist jedoch nicht vorhanden, da auf 100000 Einwohner im Jahre 1900 20,3 Selbstmörder kamen, in den Jahren 1898 und 99 zwar weniger als 20, dafür aber 1891 bis 94 über 21.

Niedrige Selbstmordziffern haben die Provinzen Posen (8,8 : 100000), Ost- und Westpreussen, Pommern, Westfalen, Rheinprovinz, ferner Schaumburg-Lippe, Lippe und Waldeck, Bayern, Württemberg, Elsass-Lothringen, hohe dagegen Sachsen-Koburg-Gotha (44,6 : 100000), Reuss j. L., Bremen, Sachsen-Altenburg, Anhalt, Schleswig-Holstein, Königreich und Provinz Sachsen, Brandenburg, Braunschweig, Hamburg, Oldenburg, die bisher ungenannten Thüringischen Staaten, ausser Reuss ä. L., und Berlin.

Krüppelstatistik in Schlesien.

Einem Aufsatze des Oberpfarrers Ulbrich in Rothenburg O.-L., den der Breslauer Generalanzeiger brachte, entnehmen wir folgende Zahlen.

Eine Ende 1901 beendete Umfrage hat ergeben, dass in Schlesien 2404 Krüppelkinder (unter 14 Jahren), darunter 2080 in schulpflichtigem Alter existirten. 2026 gehören ärmlichen Familien an, 10 Prozent davon sind unehelich geboren.

161 haben verstümmelte, 143 verkrüppelte Hände oder Arme, 35 verstümmelte, 838 verkrüppelte Füsse oder Beine. Bei 172 sind Arme und Beine geschädigt. 408 haben Rückgratsverkrümmungen und sind z. Th. zwergartig missgestaltet. 302 haben verschiedene andere Schäden (Wasserkopf, Spina bifida, Mikrocephalie etc.). 280 sind so gelähmt, dass sie getragen, gefüttert, angekleidet und gereinigt werden müssen. 103 haben Krämpfe, 41 sind blind, 35 taubstumm, 4 taub, blind und stumm. 2080 geistig Vollwerthigen stehen 324 Idiotische bezw. Schwachsinnige gegenüber.

Sehr bemerkenswerth ist, dass in 226 Fällen eine erbliche Belastung mit ähnlichen Verkrüppelungen, in 42 Fällen Blutverwandtschaft der Eltern vorlag [zweifellos ein starkes Missverhältniss gegenüber der Zahl Verwandtenehen überhaupt!].

Nur etwa ein Viertel der Krüppel hat ihr Gebrechen mit auf die Welt gebracht. Bei den meisten handelt es sich um Zustände, die zwischen 2 und 6 Jahren durch Skrophulose, Rachitis und schlechte Ernährung oder auch — besonders in

den folgenden Jahren — durch Unglücksfälle und selbst durch Roheit der Eltern oder Pfleger erworben sind.

Noch ein sehr wichtiges Kapitel: Was ist geschehen, um die beginnende bezw. entstandene Verkrüppelung zu behandeln? Da eröffnet sich ein trauriger Ausblick. In 749 Fällen ist keinerlei Hilfe versucht worden. Bei den übrigen Kindern waren die Heilversuche häufig von zweifelhaftem Werth: Ziehmänner, Schäfer, Magnetiseure, Masseure, Heilgehilfen, kluge Frauen hat man zugezogen!

Alle diese Angaben sprechen eine deutliche und eindringliche Sprache, sie bedürfen kaum eines Kommentars.

Verein für Unfallverletzte.

Die Thätigkeit des in Berlin wirkenden Vereins breitet sich in erfreulicher Weise aus. Kürzlich hat er neue, in hygienischer Beziehung allen berechtigten Anforderungen entsprechende Werkstätten eröffnet, wo seitens der Unfallverletzten die Bürstenfabrikation betrieben wird. Bereits hört man gelegentlich aus den Kreisen der Verletzten selbst Aeusserungen über diese neue Veranstaltung zu ihren Gunsten und dankbare Anerkennung der ihnen hier geleisteten Hilfe. Da aber, wie wir erfahren, der Verein noch mehr Arbeiter, als er gegenwärtig hat, zu beschäftigen vermag, ist es doch wohl nothwendig, dass die Arbeiter noch mehr als bisher ärztlicherseits darauf hingewiesen würden.

Allgemeine Ausstellung für Hygienische Milchversorgung.

Auf ein eng begrenztes, aber desto wichtigeres Gebiet soll die Ausstellung sich erstrecken, die am 2. — 10. Mai 1903 in Hamburg unter dem Protektorat der Bürgermeister und unter Mitwirkung der Spitzen der Behörden stattfinden wird. Wie es im Programm heisst, ist es Zweck der unter Mitwirkung des Deutschen Milchwirthschaftlichen Vereins durchzuführenden Ausstellung, die Gewinnung der Milch und die Milchversorgung der Städte, der Armee und der Kriegs- und Handelsmarine, sowie grösserer selbständiger Anstalten (Krankenhäuser, Irrenanstalten etc.) vom wirthschaftlichen, technischen, wissenschaftlichen und hygienischen Standtpunkte aus in ihren verschiedenen Formen und mit allen dabei in Betracht kommenden Hilfsmitteln zur Darstellung zu bringen. Das geplante Gesammtbild ist bestimmt, anregend und belehrend in den Kreisen der Produzenten und Händler und orientirend bei den Konsumenten und ihren Vertretungen zu wirken.

Die Ausstellung selbst wird Alles enthalten, was für Milchgewinnung und Milchverkehr praktisch und wissenschaftlich von Bedeutung ist, ein Vortragscyklus für fachwissenschaftliche und volkswirthschaftliche Fragen wird damit verbunden sein. Das Komitee wird ausser Ehrenpreisen und Diplomen für hervorragende Leistungen Preise für die beste Lösung von ihm gestellter Preisaufgaben verleihen.

I. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins.

Am Montag und Dienstag, den 15. und 16. September 1902 zu München im „Bayerischen Hof" (Promenadenplatz).

Tages-Ordnung:

Sonntag, den 14. September.

8 Uhr Abends: Begrüssung im „Bayerischen Hof" (mit Damen).

Montag, den 15. September.

9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des „Bayerischen Hofes".

1. Eröffnung der Versammlung.
2. Geschäfts- und Kassenbericht.
3. Berathung der Satzungen.
4. Ueber die Nothwendigkeit der Einwilligung der Kranken zu operativen Eingriffen. Referent: Geh. Med.-Rath Professor Dr. Fritsch in Bonn.
5. Normaler und pathologischer Rausch. Referent: Prof. Dr. Cramer, Direktor der Prov.-Irrenanstalt und der psychiatrischen Klinik in Göttingen.
6. Ueber den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Arten von Blut, Milch u. s. w. (Mit Demonstrationen.) Referent: Dr. Wolff, Assistent am hygienischen Institut in Hamburg.

3½ Uhr Nachmittags: Festessen (mit Damen).

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung im „Löwenbräu-Keller (mit Damen).

Dienstag, den 16. September.

9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaal des „Bayerischen Hofes".

1. Wissenschaftliche und praktische Hygiene. Referent: Prof. Dr. Fränkel in Halle a. S.
2. Vorstandswahl.
3. Die Betheiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung. Referent: Medizinalrat Dr. Pfannmüller, Kreisarzt in Offenbach a. M.
4. Einrichtung einer Zentral-Auskunftsstelle über Kurpfuscher. (Diskussionsgegenstand.) Referent: Kreisarzt Dr. Steinmetz in Strassburg i. Els.

Nach Schluss der Sitzung: Mittagessen nach freier Wahl: hierauf Besichtigung.[1])

8½ Uhr Abends: Theilnahme am Begrüssungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

XIX. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins

am Freitag, den 12. September 1902 zu Cassel im „Hotel Schirmer" am Friedrich-Wilhelmsplatz (nahe am Bahnhof).

Tages-Ordnung:

Donnerstag den 11. September.

8 Uhr Abends: Begrüssung im „Hotel Schirmer" (mit Damen).

Freitag, den 12. September.

9 Uhr Vormittags: Sitzung im Festsaal des „Hotel Schirmer".

1. Eröffnung der Versammlung.
2. Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren.
3. Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. Ref.: Reg.- und Med.-Rath Dr. Wodtke in Köslin.
4. Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten. Referent: Kreisarzt Dr. Gleitsmann in Wiesbaden.
5. Ueber postmortale Verdauung. Referent: Gerichtsarzt Dr. Hoffmann in Elberfeld.
6. Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.

Nach Schluss der Sitzung: Besichtigungen.[1])

5 Uhr Nachmittags: Festessen (mit Damen).

Am Sonnabend, den 13. September, Vormittags, ist ein Ausflug nach Wilhelmshöhe (mit Damen) in Aussicht genommen.

[1]) Das Nähere wird spätestens am Sitzungstage mitgetheilt werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. № 16. Ausgegeben am 15. August.

Inhalt:

Otto Braehmer. †

Am 3. August starb am Herzschlage der Mitredakteur der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung, Geheimer Sanitätsrath Dr. Otto Braehmer.

Sein Leben in kurzen Zügen zu schildern, seine Verdienste um die Entwickelung der Verkehrshygiene gebührend hervorzuheben, erschien uns ein engerer bahnärztlicher Fachgenosse des Verewigten berufen. Wir selbst aber empfinden das Herzensbedürfniss, Worte innigen Dankes ihm nachzurufen, der unserer Zeitschrift seit den ersten Wochen ihres Bestehens ein treuer Mitarbeiter und seit Beginn dieses Jahres ein Redakteur von idealem Eifer und Interesse für das Wohl der Zeitschrift gewesen ist.

Noch als sein Herzleiden ihn in den letzten Monaten zwang, die Bäder Nauheim und Friedrichsroda aufzusuchen, hat er von dort aus in redaktionellen Angelegenheiten einen regen Schriftwechsel mit uns geführt und seinen letzten Aufsatz, den zu veröffentlichen uns vergönnt war, eingesandt.

Ehre seinem Andenken.

Die Redaktion.

Karl Otto Braehmer ist 1838 in Greifswald geboren, studirte dort, in Berlin und Rostock Medizin und promovirte 1863. Nachdem er 1864 die ärztliche Staatsprüfung abgelegt hatte, liess er sich in Berlin als Arzt nieder. Er machte die Feldzüge 1866 und 1870/71 mit und erwarb sich in letzterem das eiserne Kreuz.

Was Braehmer im allgemeinen Interesse des ärztlichen Standes geleistet hat, ist an anderen Stellen gebührend hervorgehoben worden und kann deshalb hier übergangen werden. Den Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Thätigkeit verlegte er in den Ausbau der Lehre von der Eisenbahnhygiene. Die reichen Erfahrungen, die er in seiner langjährigen Thätigkeit als Bahnarzt gesammelt, hat er in zahlreichen Einzel-Veröffentlichungen und in dem Abschnitt „Eisenbahnhygiene“ des „Handbuch der Hygiene“ von Theodor Weyl niedergelegt. Braehmer erkannte frühzeitig, dass mit dem Anwachsen des Eisenbahnverkehrs die Bedeutung der Eisenbahnhygiene eine immer grössere würde, und dass es sowohl nothwendig sei

dieselbe in ihren Einzelheiten zu erforschen, als auch deren Bedeutung den Verwaltungsorganen der Eisenbahnen in eindringlicher Form darzulegen. Als Aufgaben der Eisenbahnhygiene bezeichnete Braehmer

1. die Ursachen nicht nur der mit dem Eisenbahnbetrieb verbundenen Krankheiten, sondern auch der Unfälle zu erforschen und zu bekämpfen,

2. für ein gesundes und dauernd leistungsfähiges Personal und

3. für einen gut organisirten Bahnarztdienst zu sorgen.

Von der Wichtigkeit der Forderungen der Eisenbahnhygiene durchdrungen, gelang es ihm, auf dem internationalen medizinischen Kongress von 1890 zu Berlin eine besondere Abtheilung für dieses Gebiet zu bilden, der sich die Verhandlungen in Pest 1894, des internationalen Kongresses für Hygiene der Eisenbahnen und der Schiffahrt in Amsterdam 1895 und in Brüssel 1897 anschlossen. 1885 gründete er den Berliner Bahnärztlichen Verein und 1889 den Verband Deutscher Bahnärzte. In allen diesen Vereinigungen stand er an der Spitze und befruchtete durch seine Anregungen die Arbeiten derselben. Seinen Bestrebungen ist es gelungen, die Werthschätzung des Bahnarztes als Sachverständigen bei den Bahnverwaltungen so zu steigern, dass dadurch auch die materielle Lage der Bahnärzte gebessert wurde. Während früher als oberster Gutachter in hygienischen Fragen die Deputation für das Medizinalwesen von der Staats-Eisenbahn-Verwaltung angerufen wurde, besteht seit mehreren Jahren die Gepflogenheit, für derartige Fragen die Gutachten der bahnärztlichen Vereine einzuholen oder für einzelne organisatorische Angelegenheiten besondere Kommissionen, denen Bahnärzte angehören, einzusetzen. In letzterer Art wurde die Neuordnung der Anforderungen an das Sehvermögen der Bahnbeamten, sowie die Verbesserung der Durchgangswagen erledigt. Lebhaften Antheil nahm Braehmer an den Bestrebungen zur Schaffung von Lungenheilstätten und Genesungs- und Erholungsheimen für Eisenbahnbeamte. Namentlich die Errichtung eines Erholungsheims für die Lokomotivbeamten fand in ihm einen unermüdlichen Förderer. Ausser dem oben erwähnten, 1896 erschienene Werk „Die Eisenbahnhygiene" hat Braehmer veröffentlicht: 1890 „Ueber den Einfluss der Aerzte auf den Eisenbahnbetrieb; 1894 „Bestimmung der Arbeitszeit der Eisenbahn-Angestellten mit Rücksicht auf die verschiedenen Zweige des Dienstes"; 1895 „Die Aufgaben und die Thätigkeit des Eisenbahnarztes (Theil I)"; „Beitrag zur traumatischen Entstehung der Zuckerkrankheit"; 1896 „Die Aufgaben und die Thätigkeit des Eisenbahnarztes (Theil II)"; 1897 „Die neuen Bestimmungen betreffend Untersuchung des Sehvermögens der Eisenbahn-Bediensteten bei den preussischen Staatsbahnen"; 1898 „Ein Erholungs- und Genesungsheim für Eisenbahnbeamte"; „Die Aufgaben und Grenzen der Eisenbahn-Hygiene"; 1899 „Ein Uebernachtungs- und Unterkunftshaus für Eisenbahnbeamte"; 1900 „Mittheilungen und Gedanken über die Tuberkulose-Kongresse in Berlin und Neapel"; 1901 „Die Lungenheilstätte der Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen";" 1902 „Der Eisenbahnunfall bei Paderborn im Lichte der Verkehrshygiene"; „Umschau auf dem Gebiete der Verkehrshygiene" und schliesslich am 15. Juni 1902: „Die neuen Aerztewagen bei den preussischen Staatsbahnen."

Weitaus die meisten dieser Aufsätze sind unseren Lesern im Urtext bekannt geworden.

Braehmer erfreute sich unter den Bahnärzten nicht nur Deutschlands, sondern auch des Auslandes, allgemeiner Anerkennung, die in dem engeren Kreise des Berliner Bahnärztlichen Vereins dadurch zum Ausdruck kam, dass dieser ihn am 17. Februar 1899 als ersten zum Ehrenmitgliede ernannte. Braehmers lauterer, von strengem Pflichtgefühl und idealem Streben erfüllter Charakter wird ihm ein getreues Gedenken bei allen denen sichern, die ihm näher traten und mit ihm in gemeinsamer Arbeit demselben Ziele zustrebten.

Pollnow.

Geisteskrankheit oder Geistesschwäche? (§ 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Von

Professor **E. Mendel.**

In der Nr. 19 des Jahrgangs 1900 dieser Zeitschrift habe ich ein Gutachten veröffentlicht, in welchem ich zu dem Schluss gekommen war, dass bei der Frage, ob bei einem Geisteskranken Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes vorliege, solange nicht eine Definition des Begriffes der Geistesschwäche durch den höchsten Gerichtshof gegeben sei, in jedem Falle nachzusehen sei, ob dem Provokaten mit Rücksicht auf seinen Zustand diejenigen Rechte gelassen werden können, welche das Gesetz dem Geistesschwachen gegenüber dem Geisteskranken vorbehalten hat.

Wenn ich in dem Folgenden ein zweites Gutachten veröffentliche, welches in derselben Weise zu der Beantwortung der Frage kommt, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, so geschieht dies, weil in diesem Falle das Reichsgericht gesprochen und unter der Ueberschrift: „Welche Gesichtspunkte sind massgebend für die Frage, ob eine Entmündigung auszusprechen ist wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche?" seine Entscheidung vom 13. Februar 1902 im 50. Bande der Entscheidungen des Reichsgerichts für Zivilsachen veröffentlicht hat.

Mein Gutachten lautet:

Dem III. Zivilsenat des Königlichen Kammergerichts beehre ich mich hierdurch das durch Beweisbeschluss vom 24. April d. J. geforderte Gutachten darüber zu überreichen, ob

a) die früher festgestellten und eventuell noch bestehenden auffallenden Erscheinungen im Geistesleben des Rentiers M. zu N. ihn unfähig machen, seine Angelegenheiten im Allgemeinen zu besorgen,

b) ob diese Erscheinungen solcher Art sind, dass der Rentier M. ganz geschäftsunfähig (geisteskrank) oder nur als geschäftsbeschränkt (geistesschwach) zu erachten ist (§ 6 Ziffer 1, § 109 Ziffer 3, § 114, § 106, § 113 B. G. B.);

Ich habe von den mir übersandten Akten Kenntniss genommen und den M. am 31. Mai und am 4. Juni d. J. in meiner Wohnung untersucht.

Derselbe giebt an, 67 Jahre alt, seit dem Jahre 1873 Wittwer und Vater von zwei Töchtern zu sein, von denen die eine etwa Ende der Dreissiger alt und unverheirathet, die andere ein Jahr jünger, verheirathet und Mutter von drei Kindern sei.

Er habe bis zum 14. Lebensjahre die Schule in St. besucht, sei dann nach B. in die Lehre zu einem Bäcker gekommen und habe als Geselle bis zum 29. Jahre gearbeitet, habe sich dann in Berlin etabliert, sei später nach N. gezogen, seit 1873 sei er Rentier. Er habe einmal die Pocken im Jahre 1869 oder 70 gehabt, dreimal Influenza, zuletzt im vorigen Jahre, sei im Uebrigen immer gesund gewesen.

Unterm 17. März 1897 haben die beiden Töchter des M. die Entmündigung desselben beantragt, weil M. an hochgradiger Gedächtnissschwäche litte und die Tragweite seiner Handlungen seit Jahren nicht mehr ermessen könne.

Dr. E. hatte unterm 8. März 1898 bescheinigt, dass M. in Folge von Geistesstörung unfähig sei, selbst zu handeln. Er

konstatirte bei seiner Untersuchung, dass M. sehr mangelhaft rechnete, fand ausserdem die Zeichen deutlichen Schwachsinns und gleichzeitig Verfolgungsideen. M. lebte in steter Angst, dass er bestohlen würde, glaubte, dass Gift ins Essen gemischt würde u. s. w.

In dem Explorationstermin am 4. Mai 1898 erklärte M., dass seine Tochter ihn bestehle, deutete an, dass sie ihm Gift ins Essen thut.

Herr Dr. R. gab bei dieser Gelegenheit sein Gutachten dahin ab, dass der M. zwar ein etwas wunderlicher Mensch, der seine Eigenheiten hat, sei, dass er auch manche Zahlen nicht mehr so im Gedächtniss wie ein anderer Mensch habe und misstrauisch sei, dass er ihn jedoch nicht in dem Masse für geistig krank halte, dass er nicht im Stande wäre, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Zu demselben Schluss kam Herr Dr. W. in seinem Gutachten vom 12. Mai 1898.

In einem zweiten Explorationstermin am 20. Juni 1898 wiederholte M. seine Anschuldigungen gegen seine Kinder, erklärte auch, dass er immer von einem Nachbarfenster beobachtet würde „damit sie Schlechtigkeiten ausüben könnten“, und Herr Dr. E. kam auf Grund seiner früheren Untersuchungen des M. in seinem Gutachten vom 16. Juli 1898 zu demselben Schluss wie in seinem früheren erwähnten Gutachten.

M. ist sodann durch Beschluss des Königl. Amtsgerichts zu P. vom 13. August 1898 als blödsinnig im Sinne des Allgemeinen Landrechts erklärt worden.

Diesen Beschluss hat M. beim Königl. Landgericht in P. unterm 3. Oktober 1898 angefochten.

Herr Dr. L. gab unterm 13. Mai 1899 auf Grund seiner Voruntersuchungen wie auf Grund der Vernehmung des M. im Explorationstermin vom 10. Februar 1899 sein Gutachten dahin ab, dass M. des Vermögens ermangelt, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Er konstatirte in dem Wesen des M. Aengstlichkeit und Umständlichkeit, Schwäche des Gedächtnisses, Urtheilslosigkeit über seine Wirthschaftslage und die früher bereits erwähnten Verfolgungsideen. Herr Dr. L. bezeichnet die Krankheit als Altersirresein.

Nachdem auch Dr. O. in seinem Gutachten vom 21. Oktober 1899 im Wesentlichen zu demselben Schlusse gekommen war, hat das Kgl. Landgericht zu P. die Klage des M. am 11. Dezember 1899 zurückgewiesen.

Der III. Zivilsenat des Kgl. Kammergerichts wies unterm 29. Juni 1900 die eingelegte Berufung zurück, indem er sich auf die Gutachten der Sachverständigen Dr. E., Dr. L. und Dr. O. stützte und einem Gutachten des Dr. N. vom 6. Februar 1899 gegenüber jenen Gutachten eine Bedeutung nicht beilegte, da derselbe nicht Spezialist der Psychiatrie ist.

Nachdem das Reichsgericht unterm 3. Januar 1901 aus prozessualen Gründen jene Entscheidung aufgehoben hatte, ist ein Gutachten von mir erfordert worden.

Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung richteten sich die gestellten Fragen vor Allem auf folgende Punkte:

1. Auf die Wirthschaftsführung des M. Er gab zu, dass er sich seit 12 Jahren, nachdem ihm sein Backhaus abgebrannt war, und er 10000 M. Brandentschädigungsgelder erhalten hatte, mit den Vorbereitungen zum Neubau beschäftige, dass er Baumaterialien gekauft habe und sich auch ein Pferd halte, mit welchem er 80000 Mauersteine herangefahren habe. Es wäre eine Verleumdung seiner Tochter, dass er das Pferd nicht brauchte. Sie wäre nur ärgerlich darüber, dass sie nicht alle 14 Tage spaziren fahren könne. Die Angaben, dass er seine Wohnhäuser vernachlässige, dass der Regen durch das Dach ströme, dass der Putz von den Decken fällt, dass die Wände durchnässt wären und die Balken anfaulen, wären lediglich Verleumdung.

Als ich ihm dagegen die Aussagen des Amtsvorstehers W. und des Zeugen X. vorhielt, erklärte er, dass dies Alles Verleumdungen wären, der frühere Amtsvorsteher hätte nicht solche Schandthaten begangen, der jetzige Amtsvorsteher habe seine Tochter zu sich kommen lassen und ihr gesagt, wie sie die Schlechtigkeiten gegen ihren alten Vater begehen solle.

Auf meine Frage, warum er das Grundstück, da er in schlechter wirthschaftlicher Lage sei, nicht verkauft hat, erklärte er, dass er es sehr gern verkauft hätte, dass ihm aber nur 35000 M. von L. geboten wären. Es wäre eine Verleumdung, wenn der Zeuge L. behauptet hätte, dass er ihm 50000 M. geboten hätte. Es wäre aber überhaupt Niemand mehr gekommen, der ein Gebot auf sein Grundstück gemacht hätte. Einer, der sich das Grundstück angesehen, Namens P., wäre nicht wiedergekommen.

2. In Bezug auf das Gedächtniss. M. weiss über die allgemeinen Tagesfragen, soweit er sich darüber aus dem P.schen Intelligenzblatt, das er liest, informiren konnte, gut Bescheid, kann von den Ereignissen in China, dem Grafen Waldersee u. s. w. berichten.

Ein schwerer Defekt zeigt sich dagegen bei dem Versuche, zu rechnen. Zwar rechnet er 6×6, 7×7 und 8×8 richtig aus, sagt jedoch bei der Frage, wieviel 9×9 sei: „64“, wieviel 11×10: „101“, „6 Thaler 5 Groschen sind nach seiner Angabe = 20 M.“. Wieviel 10 M. in Thaler und Silbergroschen sei, kann er nicht sagen.

Bei der Frage nach der hypothekarischen Belastung seiner Grundstücke wird er sehr unsicher, endlich erklärt er, dass er auf dem einen Hause eine Hypothek von 4000 Thalern, auf dem andern je eine Hypothek von 1000 Thalern habe. Er behauptet, dass er für die eine Hypothek von 1000 Thalern zu $4^1/_2$ % vierteljährlich 76,50 M. Zinsen zahle. Ich fragte ihn, wieviel tausend Thaler zu 4 % Zinsen das Jahr bringen, er konnte dies aber ebensowenig angeben, wie 100 M. zu 4 %, und erklärte mir schliesslich, das er mit Prozenten überhaupt nicht Bescheid weiss.

3. In Bezug auf sein Verhältniss zu seinen Kindern erzählte er in der weitschweifigsten Weise eine Geschichte, welche nachweisen solle, wie er schon früher durch seine Kinder geschädigt worden wäre. Er habe 3 Jahre um sein rechtmässiges Erbe gegen die Miterben seines Schwiegervaters geklagt, er habe dann durch Ueberredung seiner ältesten Tochter sich, nachdem er 3 Jahre geklagt hätte, mit Allem einverstanden erklärt und habe dadurch das richtige Erbe nicht bekommen.

Er wolle nicht direkt behaupten, dass man ihm Gift ins Essen gethan hatte, aber das Verhalten seiner Tochter gegen ihn wäre doch ein höchst auffallendes gewesen, und er könnte auch seine früher geäusserten Bedenken nicht zurücknehmen. Auffallend war besonders, dass der Urin allerhand Farben annahm, und er glaubte, dass „dies nicht mit richtigen Dingen zuging“.

4. In Bezug auf seine Nachbarn in N. meint er auch jetzt, dass sie ihm alle feindlich gesinnt seien, seine alten Freunde seien alle gestorben, jetzt würde er überall verleumdet.

Was den Revolver anbetrifft, so habe er sich ihn angeschafft, weil ihn Jemand mit dem Tode bedrohte. Der betreffende Mensch wäre einer seiner Miether, dem gekündigt worden ist, und der zu ihm gesagt hatte: „Der kann sich immer seinen Sarg zurecht machen“. M. konnte das nur so auffassen, als ob Jener ihn ermorden wollte.

5. In seinen Aeusserungen giebt sich wiederholt eine gewisse Selbstüberhebung kund. Er erklärt, dass er sich Alles so reiflich überlegt habe und überlege, dass die ganze Bürgerschaft darüber gestaunt habe. Er habe sich ritterlich gequält, um das zu erreichen, was er erlangt habe. Seine jetzige Sache gehe über die Dreyfus'sche hinaus, im Uebrigen stehe die Sanssoucier Mühle nicht umsonst da.

Der M. ist ein kleiner Mann von mittelstarker Ernährung und Muskulatur, mit gesunder Gesichtsfarbe.

Die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte, beide ziehen sich in normaler Weise auf Licht und Akkommodation zusammen. Die linke Gesichtshälfte ist ein wenig schwächer innervirt als die rechte, und die herausgestreckte Zunge weicht ein wenig nach links ab. An den Extremitäten lassen sich Lähmungssymptome nicht nachweisen, die Kniescheibensehnenreflexe sind von mittlerer Stärke und gleich.

Das Herz zeigt normale Grenzen, die Herztöne sind leise und dumpf, aber nicht von Geräuschen begleitet.

An den Speichen-, wie an den Schläfenschlagadern ist Schlängelung und Verhärtung der Wände deutlich.

M. giebt an, dass ihm wiederholt der Stuhlgang unwillkürlich abgegangen sei und dass dies noch vor einigen Tagen stattfand. In Bezug auf den Urin habe ein solcher unwillkürlicher Abgang nicht stattgefunden, doch habe er oft Drang zum Urinlassen.

Der untersuchte Urin war frei von Zucker und Eiweiss.

Gutachten.

M. leidet an einer Krankheit des Gehirns, welche als senile Hirnatrophie zu bezeichnen ist.

Als objektive Zeichen dieser Krankheit in Bezug auf das peripherische Nervensystem sind die oben erwähnten Lähmungszustände an der Pupille, dem Gesichts- und Zungennerven zu bezeichnen. Mit derselben hängt auch der zeitweilig auftretende Lähmungszustand des Schliessmuskels des Afters (unwillkürliche Stuhlentleerung) und der verstärkte Drang zum Urinlassen zusammen.

In geistiger Beziehung hat jene Hirnkrankheit die Zeichen des Altersblödsinns hervorgebracht.

Derselbe äussert sich in einer Geschwätzigkeit, bei der unwesentliche Dinge in der breitesten Weise vorgetragen werden und bei der es schwer fällt, von dem M. eine präzise, das Wesentliche treffende Antwort zu erhalten, eine Beobachtung, welche auch die Vorgutachter ohne Ausnahme gemacht haben. Der Altersblödsinn äussert sich ferner in dem oben geschilderten, als krankhaft zu bezeichnenden Defekt im Rechnen, denn es ist klar, dass ein geschäftsgewandter Bäckermeister in Berlin, wie es der M. war, früher 9 mal 9 ausrechnen konnte und gewusst hat, wieviel 10 Mark nach altem Gelde ist, ganz abgesehen davon, dass ihm, dem Hausbesitzer und Hypothekenschuldner, die Fähigkeit, auch die unbedeutendste Zinsrechnung auszurechnen (100 Mark zu 4 Prozent pro Jahr), fehlt.

Den gewöhnlichen psychiatrischen Erfahrungen entspricht es auch, dass, wie hier, Misstrauen und Vorstellungen, an Gesundheit und Leben geschädigt zu werden, gerade gegen die nächsten Angehörigen sich richten, und sich sodann die Vorstellungen des Benachtheiligtwerden auch gegen weitere Kreise wenden.

Bei der vorhandenen Schwäche der Intelligenz und der dadurch gegebenen Unmöglichkeit, Positives gegen erhobene Vorwürfe in Bezug auf die Geschäftsführung einzuwenden, hilft sich der Kranke damit, Alles zu leugnen, um speziell mit Rücksicht auf die ihn beherrschenden Verfolgungsvorstellungen Alles als Verleumdung zu betrachten.

M. leidet aber nicht blos im Sinne der Psychiatrie an einer Geisteskrankheit, sondern er ist auch in Folge dieser Geisteskrankheit nicht im Stande, seine Angelegenheiten zu besorgen.

Dass er thatsächlich seine Angelegenheiten nicht gehörig besorgt, kann nach den Aussagen der einwandsfreien Zeugen L., W., M. und F. nicht zweifelhaft sein, aber auch wenn diese thatsächlichen Feststellungen nicht vorhanden wären, könnte ein Mann, welcher so wenig mit Geld rechnen kann, wie dies frühere ärztliche Untersuchungen und auch die meinige festgestellt haben, nicht als fähig erachtet werden, sein Vermögen zu verwalten. Dazu kommt, dass sein Verhalten speziell seiner unverheiratheten Tochter gegenüber derartig ist, dass er auch in Bezug auf sein Verhalten seiner Familie gegenüber seinen abnormen Geisteszustand dokumentirt.

Für die schweren Anschuldigungen, dass ihm seine Kinder nach dem Leben trachten, hat er auch nicht die Spur eines Beweises beigebracht.

Ich gebe demnach mein Gutachten dahin ab, dass die früher festgestellten und noch jetzt bestehenden auffallenden Erscheinungen im Geistesleben des Rentiers M. denselben unfähig machen, seine Angelegenheiten im Allgemeinen zu besorgen.

Aus der Schilderung des Zustandes des M. ergiebt sich ferner, dass derselbe als geisteskrank und nicht als geistesschwach im Sinne des § 6[1] des B. G. B. zu erachten ist.

Da im psychiatrischen Sinne eine Gegenüberstellung von Geisteskrankheit und Geistesschwäche nicht statthaft ist, die Geistesschwäche vielmehr nur ein Symptom einer Geisteskrankheit ist, so fragt es sich, was der Gesetzgeber unter Geistesschwäche verstanden wissen will. Eine Definition der Geistesschwäche findet sich in dem Gesetze nicht, es steht bis jetzt auch, soviel mir bekannt, eine Entscheidung des obersten Gerichtshofes über die Bedeutung des Wortes aus, so dass es nothwendig erscheint, nachzusehen, ob aus der Entstehungsgeschichte des B. G. B. sich herleiten lässt, was unter „geistesschwach" zu verstehen ist. Der erste Entwurf des B. G. B. hatte in seinem § 28 überhaupt nur Geisteskrankheit als Entmündigungsgrund hingestellt (§ 28: Eine Person, welche des Vernunftgebrauches beraubt ist, kann wegen Geisteskrankheit entmündigt werden), und ausdrücklich ist in den Motiven zu jenem Paragraphen (Bd. I, pag. 62, Abs. 4) gesagt: „Blosse Geistesschwäche, ungenügende Entwicklung der geistigen Kräfte im Gegensatz zum Mangel der Fähigkeit regelrechter Willensbestimmung schliesst die natürliche Geschäftsfähigkeit nicht aus und giebt deshalb keinen Grund zu einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit ab." Hier war also Geistesschwäche gleichbedeutend erachtet mit ungenügender Entwickelung der geistigen Kräfte. Der Geistesschwache sollte mit seiner Einwilligung einen Pfleger erhalten (§ 1739 des Entw). Ich habe in einer Besprechung des ersten Entwurfs des B. G. B. auf das Bedenkliche der Bestimmung, bei Geistesschwäche die Möglichkeit einer Entmündigung nicht zu gestatten, aufmerksam gemacht. (Eulenberg, Viertelj. f. ger. Medizin, N. F. 49, 2.)

Diesem Bedenken hat sich der zweite Entwurf nicht verschlossen. Es heisst in der dem Reichstag überreichten Denkschrift (pag. 9): „Unter der gleichen Voraussetzung wie wegen Geisteskrankheit wird Entmündigung zugelassen wegen Geistesschwäche. Auch Derjenige, dessen geistige Kräfte unvollständig entwickelt sind, bedarf, wie besonders von ärztlicher Seite betont worden ist, des Schutzes gegen die nachtheiligen Folgen seiner Einsichtslosigkeit und gegen die Aus-

beutung derselben durch Andere. (Speziell auf diesen Punkt hatte ich bei Besprechung des ersten Entwurfs hingewiesen.)

Auf diese Weise ist die Geistesschwäche in den Entmündigungsparagraphen gekommen, und diese Geschichte der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass Geistesschwäche gleich ungenügender Entwicklung der geistigen Kräfte ist, d. h. gleich jener Form der Geisteskrankheit, welche im psychiatrischen Sinne als Imbecillität bezeichnet wird, und deren wesentliches Symptom Geistesschwäche ist.

Mit dieser Auffassung im Einklang steht, dass bereits früher Windscheid (Pandekten Bd. I, § 54. Frankfurt a. M. 7. Aufl. 1891) Geistesschwachheit als die blosse Unentwickeltheit der geistigen Kräfte definirt hat, und dass das Reichsgericht (Bd. 14, S. 249) in einem gemeinrechtlichen Falle Geistesschwäche als „krankhafte Unvollkommenheit der Geisteskräfte" bezeichnet hat.

Ein Theil der Kommentare zum B. G. B. (Kuhlenbeck, Benedix, Milferstädt) hat sich in diesem Sinne ausgesprochen, andere dagegen (Planck, Endemann, Neumann u. s. w.) glauben, dass die Geistesschwäche ein geringerer Grad der geistigen Anomalie gegenüber der Geisteskrankheit sei. Endlich halten Kasak, Meisner an der Ansicht fest, dass Geistesschwäche und Geisteskrankheit zwei verschiedene Formen sind und ihre Unterscheidung im Wesentlichen der zwischen Blödsinn und Wahnsinn im Allgem. Landrecht entspricht.

Bei diesem Widerstreit der Ansichten erscheint es im konkreten Falle erforderlich, nachzusehen, ob diejenigen Rechte, welche das Gesetz dem Geistesschwachen gegenüber dem Geisteskranken vorbehalten hat, von dem Betreffenden thatsächlich ohne Schädigung für ihn oder Andere ausgeübt werden können.

Es handelt sich hierbei um § 112 und 113, wonach der Geistesschwache mit Ermächtigung des gesetzlichen Vertreters nach Genehmigung des Vormundschaftsgerichts für gewisse Rechtsgeschäfte, für gewisse Dienst- oder Arbeiterverhältnisse geschäftsfähig ist.

Eine solche Geschäftsfähigkeit würde M. nicht ordentlich auszuüben im Stande sein, da, wie oben nachgewiesen ist, er auch die einfachsten Rechnungen auszuführen nicht im Stande ist und mit täglich vorkommenden Geldberechnungen nicht Bescheid weiss.

Ebensowenig würde man dem M. ärztlicherseits, selbst wenn der Vormund seine Einwilligung gäbe, die Eingehung einer neuen Ehe gestatten, wenn dies überhaupt in Frage käme (§ 1304).

Wenn M. in gesunden Tagen ein Testament errichtet hätte, so würde man ihm bei seinem jetzigen Geisteszustande nicht gestatten dürfen, das Testament zu widerrufen (§ 2253, Abs. 2), da Gefahr vorliegt, dass zu einem solchen Widerruf, das durch Wahnvorstellungen gefälschte Verhältniss des Vaters zu seinen Kindern das Motiv abgeben könnte.

Endlich dürfte auch Jemandem, der in dem Grade an geistiger Schwäche leidet, wie M., der Wahnvorstellungen der Verfolgung und der Ueberschätzung hat, auf keinen Fall zu gestatten sein, einen Eid zu leisten (§ 473, Abs. 2 der Zivilprozessordnung).

Da demnach M. nicht als geschäftsbeschränkt, sondern als ganz geschäftsunfähig zu erachten ist, gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass derselbe in Folge von Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Das Kgl. Kammergericht hat meinem Gutachten entsprechend erkannt und das Reichsgericht hat in seiner Entscheidung vom 15. Februar 1902 die gegen das Urtheil des Kammergerichts eingelegte Revision zurückgewiesen.

Die Entscheidung des Reichsgerichts billigt das Urtheil des Kammergerichts, wie seine Entscheidungsgründe und hebt aus diesen letzteren hervor: „Der Unterschied beider Begriffe (Geisteskrankheit und Geistesschwäche) ist . . . nur in dem Grade der geistigen Anomalie zu finden, und zwar nach der Richtung, ob die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit dem Erkrankten vollständig die Fähigkeit nimmt, die Gesammtheit seiner Angelegenheiten zu besorgen, oder ob sie ihm wenigstens noch diejenigen Fähigkeiten lässt, welche bei einem Minderjährigen von 7—21 Jahren in der Besorgung seiner Angelegenheiten vorausgesetzt werden können." . . . . . „Der von dem Vorderrichter hervorgehobene graduelle Unterschied hat an sich nur das grössere oder geringere Mass derjenigen Einwirkungen im Auge, die in dem konkreten Falle durch die besondere Natur der Krankheit auf das Geistesleben des Kranken ausgeübt werden. Nur weil das Gesetz selbst, je nachdem diese Wirkungen schwerere oder minder schwere sind, in dem einen Falle (bei der Geisteskrankheit) gänzliche Geschäftsunfähigkeit, in dem anderen (bei der Geistesschwäche) eine bloss beschränkte Geschäftsfähigkeit als Folge der Entmündigung eintreten lässt, hebt der zweite Richter auch diese Seite der Frage hervor und prüft an der Hand der Sachverständigengutachten, ob Kläger ohne Schädigung für sich und Andere wenigstens nicht noch diejenigen Rechte wahrzunehmen im Stande ist, welche das Gesetz in § 114 B. G. B. den „Geistesschwachen" im Gegensatze zu den „Geisteskranken" auch nach stattgehabter Entmündigung noch vorbehält."

Die Entscheiduug des Reichsgerichts giebt sodann eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklung des § 6 speziell in Bezug auf die Einfügung der Geistesschwäche in derselben Weise, wie sie oben in meinem Gutachten enthalten ist, und fährt dann fort: Wenn nun auch hierdurch die Meinung entstehen könnte, als ob nur die Geisteskrankheit als eine wirkliche Erkrankung, die Geistesschwäche dagegen als eine nur ungenügende, unvollkommene Entwicklung der geistigen Kräfte zu denken sei, so reichen doch die in dieser Richtung gegebenen blossen Andeutungen in keiner Weise aus, um hierauf eine begriffsmässige Unterscheidung zu gründen. Auch eine mangelhafte geistige Entwicklung kann ihren Ursprung in einer geistigen Erkrankung haben, und so fehlt es an jedem festen und unmittelbaren Anhalte dafür, wie der Gesetzgeber selbst sich den Unterschied zwischen beiden Formen in dem Falle des § 6 Nr. 1 B. G. B. gedacht hat." . . . Der Schluss der Entscheidung lautet folgendermassen: „Fehlt es nun aber hiernach an jedem zuverlässigen Merkmale eines wesentlichen Unterschiedes zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, so ergiebt sich mit Sicherheit doch so viel, dass jene die schwerere und diese die leichtere Form ist.

Bei der Feststellung, ob die erstere oder die letztere im Sinne des § 6 Nr. 1 B. G. B. vorliegt, ist man im Wesentlichen darauf angewiesen, aus der Stärke der Wirkung auf die Stärke der Ursache zu schliessen, und nach diesem Massstabe zu bestimmen, ob das Denken, Wollen und Handeln des Kranken durch die Störung seiner Geisteskräfte in einem solchen Grade regelwidrig beeinflusst wird, dass er entweder wie ein Kind, gänzlich geschäftsunfähig, oder nach Art eines Minderjährigen, der das siebente Lebensjahr vollendet hat und in beschränkter Weise geschäftsfähig erscheint. In dem ersteren Falle entspricht es der Absicht des Gesetzgebers, wie sie aus den entsprechend normirten Rechtsfolgen erkennbar wird, die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, in dem zweiten, sie wegen Geistesschwäche eintreten zu lassen. Diese Entscheidung ist daher, mangels hierüber feststehender medizinischer Begriffe, keine psychiatrische, sondern eine überwiegend thatsächliche, welche der Richter trifft, und die nur zum Theil auf dem ärztlichen Gutachten, das den Stoff zu seinen Schlüssen liefert, beruht."

Aus dem Vorstehenden ergeben sich folgende Sätze:

1. Der oberste Gerichtshof giebt eine Definition des Begriffes der Geistesschwäche nicht, sondern betrachtet die Geistesschwäche als einen niederen Grad der Geisteskrankheit (im psychiatrischen Sinne), bei welchem es möglich ist, dem Entmündigten noch gewisse Rechte in Bezug auf seine Handlungsfähigkeit zu lassen.

2. Ob ihm diese Rechte zu lassen, oder ob sie ihm zu versagen sind, wird geschlossen aus der vorhandenen oder nicht vorhandenen Fähigkeit, diese Rechte auszuüben (in ähnlicher Weise, wie ich es in meinem Gutachten auseinandergesetzt habe).

3. Die Entscheidung ist eine überwiegend thatsächliche und hat der Richter zu treffen. Das ärztliche Gutachten liefert nur den Stoff zu den Schlüssen des Richters. (Es mag dieser Satz hier mit Rücksicht auf jene Richtung unter den Psychiatern hervorgehoben werden, welche sowohl im Kriminal- wie im Zivilforum den Schluss ihres Gutachtens an die Stelle des Urtheils des Richters setzen will.)

4. Der psychiatrische Sachverständige wird nur ganz ausnahmsweise in die Lage kommen, sein Gutachten dahin abzugeben, dass der Geisteskranke geistesschwach sei, den theoretischen Abmessungen des Juristen entspricht nicht die praktische Erfahrung des Psychiaters. Da wo in der That einem Geisteskranken die oben näher bezeichneten Rechte des Geistesschwachen zu lassen sind, wird entweder eine Entmündigung überhaupt nicht erforderlich sein, d. h. der „Geistesschwache" wird im Stande sein, seine Angelegenheiten zu besorgen, oder es wird für ihn eine Pflegschaft genügen.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. **Max Bierfreund**-Insterburg,
Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

III.

Spastische Spinalparalyse als Betriebsunfall anerkannt.

Der Formerlehrling C. Sch., geb. am 13. Juli 1875, erhielt am 11. April 1894 durch plötzliches Fallenlassen eines zusammen mit einem Mitarbeiter getragenen, ca. 25 Pfund schweren Formkastens einen heftigen Schlag gegen das linke Knie. Obwohl sich gleich darauf grosse, blaue Flecken auf der Haut der linken Kniegegend, sowie eine erhebliche Anschwellung des linken Kniegelenks einstellten und Sch. über heftiges Brennen im Kniegelenk klagte, setzte er seine Beschäftigung noch 3 Tage fort, musste sich jedoch zu Bett legen, da die Beschwerden stärker wurden. Während der nächsten 3 Wochen stand Sch. in Behandlung des Dr. H. und hat während dieser Zeit unausgesetzt eine Eisblase um das linke Kniegelenk gebraucht, während er bei Tage auf einem Stuhl sass und das entblösste Bein auf einen andern Stuhl gelegt hatte. Nach dieser Zeit nahm Sch. seine Beschäftigung wieder auf, obwohl er alsbald eine erhebliche Schwäche in beiden Beinen, besonders aber im linken verspürte, so dass er nur mit Hilfe eines Stockes gehen konnte und öfters in den Knieen zusammenknickte. Er konnte sich deshalb auch nur mit ganz leichten Arbeiten beschäftigen, musste aber auch diese nach ca. 7 Wochen aufgeben und trat am 9. Juni in meine Behandlung ein. Ich erhob damals folgenden Befund:

Die inneren Organe lassen eine Abweichung von der Norm nicht erkennen. Der Urin enthält kein Eiweiss. Die Sinnesorgane verhalten sich normal. Es besteht keine Gesichtsfeldeinschränkung. Sehvermögen, Augenhintergrund und Augenbewegungen normal. Pupillenreaktion auf Lichteinfall und Konvergenz prompt. Psychisches Verhalten, Schluckakt, Zungen-, Gaumen- und Kaumuskulatur funktioniren normal.

Die oberen Extremitäten bieten nichts Besonderes.

Beim Stehen mit geschlossenen Augen ist das Romberg'sche Phänomen (Schwanken) deutlich ausgesprochen. Auffallend spastisch-paretischer Gang, die Füsse scheinen bei ganz manifester Ataxie gleichsam mit den Sohlen am Boden zu kleben. Bei geschlossenen Augen droht Sch. unter heftigem Schwanken sofort zu Boden zu stürzen. Die motorische Kraft der Beinmuskulatur ist erheblich beeinträchtigt; Beinbewegungen in Rückenlage bei geschlossenen Augen sind deutlich ataktisch. Bei passiven Bewegungen der Beine ist eine erhebliche Steifheit der Muskulatur sehr auffällig.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper, auch an den Beinen in allen Qualitäten durchaus intakt, der Muskelsinn erhalten. Die Hautreflexe lassen sich in annähernd normaler Weise auslösen, während der Fusssohlenreflex deutlich verstärkt ist. Die Sehnenreflexe sind in auffälligster Weise verstärkt; es genügt die leiseste Berührung der Quadricepssehne mit der Fingerkuppe, um eine heftige Reflexbewegung des Unterschenkels auszulösen. Der Fussklonus dauert bei jeder Dorsalflexion des Fusses meist minutenlang.

Blase und Mastdarm funktioniren normal.

Ich glaube, dass nach diesem Befunde gegen meine Diagnose: „Spastische Spinalparalyse" Einwendungen kaum zu erheben sind. Ebenso erklärlich ist aber auch, dass in mir auf Grund der Anamnese sofort der Gedanke an einen Zusammenhang des jetzigen Leidens mit dem Unfall vom 11. April aufstieg. Weit schwieriger war die Entscheidung der Frage, wie man sich eine derartige Entstehung einer kombinirten Systemerkrankung durch den Unfall vorzustellen resp. zu beweisen hat. Neben dem Einfluss des Trauma an sich auf das Nervensystem hielt ich die Angabe des Sch., dass er drei Wochen lang fortgesetzt einen Eisbeutel auf das Knie applizirt hatte, für die Entstehung des Rückenmarkleidens doch für recht wesentlich. Jedenfalls hielt ich es nicht für unmöglich, dass eine so lange und intensive Kältewirkung auf das blossliegende Bein einen schädigenden Einfluss auf das Nervensystem ausüben kann und tröstete mich mit dem Gedanken, dass man oft überhaupt eine Ursache für eine derartige Krankheit nicht nachweisen kann.

Da der Arbeitgeber des Sch. zur nachträglichen Erstattung einer Unfallanzeige aus Furcht vor Strafe nicht zu bewegen war, stellte ich dem Sch. nach Ablauf der Krankenkassenzeit am 14. September 1894 ein Invaliden-Attest aus, auf dem die Frage, ob das Leiden Folge eines Betriebsunfalls sei, bejaht wurde.

Ich hoffte, dass die Invaliden- und Altersversicherungsanstalt ein Interesse daran haben werde, die Berufsgenossenschaft zur Prüfung der Sachlage anzuhalten.

Die Berufsgenossenschaft, welcher schliesslich der Vormund des Sch. am 6. November 1894 mein Gutachten ebenfalls zustellte, liess Sch. vom 7. bis 28. November 1894 in dem mediko-mechanischen Institut des Dr. X. in D. behandeln, welcher am 28. November 1894 nachfolgendes Gutachten erstattete:

Erstes Gutachten.

Der 19 jährige C. Sch. wurde am 7. November 1894 dem mediko-mechanischen Institut zu D. zur Behandlung überwiesen.

1. Unfallgeschichte (siehe Akten). Hinzuzufügen wäre nur noch, dass Sch. angiebt, sein Vater wäre an Schwindsucht gestorben, seine Mutter stets kränklich. Sein heutiges Leiden rühre von den Eisumschlägen auf das verletzte Knie her.

2. Er klagt über Schwäche in beiden Beinen. Dieselben zitterten ihm häufig, namentlich beim schweren Heben und bei längerem Stehen. Auch versagten ihm die Beine bei geringen Anstrengungen zuweilen den Dienst. Er halte sich für vollständig arbeitsunfähig.

3. Sch. ist ein junger, gut gebauter Mensch von 19 Jahren von mittlerer Muskulatur und mässiger Ernährung. Die Gesichtsfarbe ist matt, die Augen haben einen etwas blöden Ausdruck, die Stirn ist niedrig. Die Sinnesorgane sind intakt. Gang aufrecht, ohne Schwankungen. Nur bei plötzlichen Unterbrechungen durch Halt! Kehrt! etc. tritt Schwanken ein. Sonst werden Freiübungen mit Armen und Beinen sicher und gut ausgeführt. Es besteht auch kein Schwanken bei geschlossenen Augen, das Lagegefühl und der Ortssinn sind gut ausgeprägt.

Ernährungsstörungen irgend welcher Art sind weder an der allgemeinen Körpermuskulatur noch an den Beinen ausgeprägt.

Die Bewegungen der Gelenke sind nirgends gestört. Das linke Kniegelenk zeigt absolut keine Veränderung gegen das rechte. Die rohe Kraft beider Beine ist, wie die Bewegungen schon zeigen, und wie die weitere Prüfung ergiebt, eine durchaus normale. Lähmungen oder auch nur Schwächezustände in der Muskulatur lassen sich absolut nicht nachweisen. Die Masse zwischen links und rechts ergeben keinen Unterschied. Die Wirbelsäule ist in ihrer ganzen Ausdehnung gegen Druck unempfindlich. Nur beim Hinüberfahren über die Lendenwirbelsäule sieht man ein leichtes Zusammenzucken, wie es bei nervenschwachen Individuen vorkommt. Ueber Schmerz wird daselbst jedenfalls nicht geklagt und man sieht gerade bei starken Schlägen jenes Zucken nicht. — Die Empfindung für äussere Reize jeder Art ist durchweg normal; dasselbe Verhalten zeigt die Prüfung der Hautreflexe.

Die Sehnenreflexe sind dagegen zweifellos bedeutend gesteigert, so schnellen z. B. die Beine beim Beklopfen der Sehne unterhalb der Kniescheibe stark in die Höhe. Ebenso ist der sog. Fussklonus stark ausgeprägt, d. h. bei einer starken Beugung des Fusses nach oben geräth derselbe in ein krampfartiges Zucken, was mehrere Sekunden andauert.

Zu bemerken wäre noch, dass der Hodensack schlaff herunterhängt und das Glied eine für den jungen Menschen recht stattliche Grösse aufweist. — Das Körpergewicht ist durch ein Versehen im Anfang nicht korrekt festgestellt, sodass ein Vergleich unmöglich ist.

Entlassung am 28. November 1894.

Sch. hat gar keine Klagen mehr. Er fühle sich frisch und vollständig arbeitsfähig. Der objektive Befund entspricht den Angaben ungefähr. Es verloren sich im Laufe der Behandlung die Schwankungen auch bei plötzlichen Unterbrechungen des Ganges. — Die Steigerung der Kniescheibenreflexe ist geschwunden, ebenso der linksseitige Fussklonus, während der rechtsseitige noch immer vorhanden ist.

Die Lendenwirbelsäule zeigt den erwähnten Reizzustand nicht mehr.

Womit hatten wir es im vorliegenden Falle zu thun? Dass ein Reizzustand des Rückenmarks, speziell des Lendenmarks für die genannten Erscheinungen verantwortlich gemacht werden kann, unterliegt gar keinem Zweifel und die Annahme eines solchen war gewiss gerechtfertigt. Wenn wir jedoch nach der Ursache dieses Reizungszustandes fragen, so werden wir wohl die Verletzung des linken Kniegelenks oder gar das Auflegen der Eisblase auf dasselbe ruhig ausser Acht lassen können. Dagegen scheint mir eine andere Ursache für die vorhandenen Reizungserscheinungen von grösserer Bedeutung zu sein. Wir haben ein etwas scheues Individuum vor uns, das Einem nicht gerade in die Augen sehen kann, mit sensibler Lendenwirbelsäule, Steigerung der Patellar- und Achillessehnenreflexe, mit schlaffem, herabhängendem Hodensack und einem für sein Alter besonders stark entwickelten Glied.

Wenn mir ein solches Individuum ohne vorangegangene Verletzung begegnet, so werde ich ihm wohl kein Unrecht thun, wenn ich es der Onanie, der Selbstbefleckung, beschuldige. Denn ausgeprägter können die Symptome wohl kaum sein. Und nichts darf uns hindern, bei einem Menschen, weil er nun zufällig nebenbei auch eine Verletzung erlitten, dieselbe Diagnose zu stellen. Und auch im Falle Sch. passen die Symptome so vollständig auf die Onanie und so ganz und gar nicht auf die Verletzung, dass wir ihn gewiss richtig beurtheilen, wenn wir ihn für einen Onanisten erklären. Sch. hat auf meine diesbezüglichen Bemerkungen etwas ausweichend geantwortet, er leide öfter an unfreiwilligen Samenergiessungen etc. Nun, solche Samenergiessungen sind bei einem so jungen Menschen gerade nichts Häufiges, sondern gewöhnlich künstlich hervorgerufen. Die Reizungserscheinungen sind nun im Laufe der Zeit durch die kräftigen Uebungen ziemlich vollständig zurückgegangen, und wir dürfen, selbst ohne obige Annahme, namentlich nach den eigenen Angaben des Sch. denselben für vollkommen erwerbsfähig erklären.

Wenn ich trotzdem jene Frage aufgeworfen, so geschah das keineswegs in rein akademischem Interesse, sondern weil ich nicht sicher bin, dass der p. Sch. trotz seiner ausdrücklichen Erklärung doch nicht vielleicht in absehbarer Zeit, durch Andere aufgestachelt, neue Ansprüche erheben wird. Es dürfte dann nicht von Nachtheil sein, die heute von mir vertretene Ansicht vielleicht zur näheren Erwägung heranzuziehen.

Für heute ist Sch. jedenfalls für voll erwerbsfähig zu erklären.

Die Berufsgenossenschaft lehnte am 1. Januar 1895 in Anlehnung an dieses Gutachten die Entschädigung ab.

Auf die Berufung des Vormundes des Sch. beschloss das Schiedsgericht nach eingehender Würdigung der bisher über den Krankheitszustand abgegebenen ärztlichen Gutachten ein Gutachten des Kreisphysikus Dr. B. auf Grund des Aktenmaterials und vorheriger Untersuchung einzufordern.

Unter dem 26. März 1895 erstattete Kreisphysikus Dr. B. ein neues Gutachten.

Er beschreibt, nachdem er gleich mir den negativen Befund am übrigen Körper betont hat, den Zustand der unteren Gliedmassen wie folgt:

Zweites Gutachten.

Dieselben werden in Schleuderbewegung und unter Ausführung der unzweckmässigsten Bewegungen vorgesetzt; es besteht eine Unsicherheit im Gange, so dass man fürchtet, Sch. könne beim Gehen hinfallen und man ihm ansieht, welche Mühe er hat, um sich fortzubewegen. Fordert man ihn auf, mit geschlossenen Augen zu gehen, so vermag er nicht einen Schritt zweckmässig zu setzen, es fuchteln die Beine hin und her, ein Bein setzt er über das andere, geräth in Schwanken und man muss ihm zuspringen, sonst fiele er der Länge nach hin. — Nachdem er sich entkleidet, sieht man sämmtliche Muskeln beider Extremitäten, einschliesslich der Gesässmuskeln in fortwährenden fibrillären Zuckungen; das Kniephänomen ist an beiden Beinen sehr stark ausgeprägt und zwar rechts stärker als links, indem rechts der Unterschenkel hoch emporschnellt, links nur eine geringe Elevation desselben erfolgt, desgleichen ist der Fussklonus stark ausgeprägt und zwar ebenfalls rechts ein Wenig stärker als links, indem bei aktiver sowohl als passiver Beugung

der Füsse nach oben dieselben in lange Zeit — und rechts länger als links — anhaltendes Zucken gerathen.

Die Gefühlsempfindung an den Beinen scheint ein Wenig zwar gesteigert zu sein, aber jedenfalls unerheblich und nicht bis zur Schmerzempfindung gesteigert.

Der Gang ist der vorhin schon beschriebene, ataktische; wenn er sich bückt, die Beine also im Knie und in den Hüftgelenken beugt, so vermag er sich gar nicht oder nur mit grosser Mühe wieder aufzurichten; einen Stuhl vermag er auch nicht annähernd zu besteigen.

Die Wirbel sind auf Druck und selbst bei starkem Beklopfen unempfindlich, schmerzlos, auch die Lendenwirbel; nur bei sehr starkem Druck auf letztere meint er eine Schmerzempfindung zu haben, doch kann dieselbe auch in Folge des häufigen Befragens ihm suggerirt sein, dagegen giebt er von selbst an, dass er beim Dehnen, wenn er den Körper nach hinten und seitwärts zu bewegen versuche, Schmerz in der Lenden- bezw. Kreuzgegend empfinde, indess auch nicht bedeutend.

Dr. B. fährt fort:

3. Es kann also keinem Zweifel unterliegen, dass Sch. an einer vom Rückenmark ausgehenden und zwar lokalen, das Lendenmark betreffenden Affektion leidet. Eine tiefere Degeneration des Rückenmarks kann jedoch nach dem Symptomen-Komplexe keineswegs vorliegen, da das Leiden nur die Beine allein in Mitleidenschaft gezogen, alle übrigen Theile und Organe des Körpers absolut frei gelassen hat. Man wird vielmehr nicht fehlgehen, wenn man eine fieberlose Entzündung der weichen Rückenmarkshäute als die Ursache der Erkrankung annimmt, mit anderen Worten jene Erkrankung diagnostizirt, welche man in der Wissenschaft mit dem Namen „Leptomeningitis spinalis chronica“, chronische Entzündung der Rückenmarkshäute, belegt und als den örtlichen Sitz der Entzündung das Lendenmarks anspricht.

4. Sch ist in Folge seines Leidens zur Zeit fast völlig und mindestens 80 % der Ganzerwerbsfähigkeit erwerbsunfähig zu erachten, denn er ist des Gebrauchs seiner beiden Beine nicht mächtig, kann nur mühsam und schwankend gehen, nur unsicher stehen, sich nicht bücken etc. etc. Er kann mithin nur solche Arbeiten verrichten, welche sich im Sitzen vollbringen lassen und diese dürften wohl nicht höher als 20 % der Ganzerwerbsfähigkeit zu schätzen sein. Ob dieser Grad der Erwerbsminderung ein dauernder sein werde oder nicht, lässt sich zur Zeit noch nicht bestimmen; die Möglichkeit der Besserung solcher Leiden und damit Besserung der Erwerbsfähigkeit ist, wenn auch fraglich, so doch nicht ausgeschlossen; da, wie es scheint, in dem mediko-mechanischen Institut eine nicht unwesentliche Besserung eingetreten war, der allerdings nach Verlassen des Instituts eine ebenso erhebliche Verschlimmerung gefolgt ist, so wird zu erwägen sein, ob noch weitere Kuren in einer hierzu geeigneten Heilanstalt anzustellen wären, worauf des Näheren einzugehen ich jedoch hierorts unterlasse.

5. Wenn ich nunmehr an den letzten Theil meiner Aufgabe gehe, die Erörterung der Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang der Rückenmarks-Erkrankung des Sch. mit der durch den Unfall vom 11. April 1894 erlittenen Verletzung und eventuell welcher bestehe, so bemerke ich zunächst, dass man so leicht, wie das Gutachten vom 28. November 1894 Bl. 16/17 der Akten es thut, sich die Sache zu machen doch wohl nicht berechtigt ist. Dieses Gutachten imputirt dem Erkrankten eine Onanie, die doch wahrlich durch nichts erwiesen ist, gegentheils von Sch. direkt in Abrede gestellt wird, substituirt diese als Ursache der Erkrankung, die erlittene Verletzung als ein zufälliges Ereigniss, welches nebenbei eingetreten sei.

So liegt die Sache denn doch wohl nicht; vielmehr ist als erwiesen zu erachten, dass Sch. bis zu jenem Unfalle vollkommen gesund, arbeitsfähig gewesen ist und, ungeachtet der Schmerzen in Folge der Verletzung, noch einige Tage darüber hinaus gearbeitet hat, drei Wochen später, nach erfolgter Heilung der Verletzung, ungeachtet der Schwäche etc., die er damals in den Beinen verspürte, die Arbeit wieder, wie gewohnt, aufzunehmen versucht und mehrere Wochen hindurch thatsächlich noch leichte Arbeit verrichtet habe. Die Schwäche in den Beinen schloss sich also unmittelbar der Verletzung, die er erlitt, an, bezw. entstand während seines Krankenlagers, war Anfangs geringer, so dass er eben noch leichte Arbeiten verrichten konnte und gewann allmählich an Intensität, bis er dann endlich gezwungen war, die Arbeit einzustellen und wiederum ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; — da drängt sich doch wohl die Ueberzeugung auf, dass hier nicht ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen zweier, von einander verschiedener Ereignisse stattgefunden, sondern ein ursächlicher Zusammenhang bestehe und diesen glaube ich in Folgendem finden zu sollen:

Professor Erb, wohl der berufenste Vertreter auf dem Gebiete der Nervenheilkunde, sagt in seiner Abhandlung über die in Rede stehende Krankheit in Ziemssen's Sammelwerk Band 11 Pag. 228, „dass dieselbe mit Vorliebe Personen kindlichen und jugendlichen Alters männlichen Geschlechts befalle, dass sie bei vorhandener Anlage zur Skrophulose und Tuberkulose öfter vorkomme, dass traumatische Einwirkungen eine unzweifelhafte und sehr ergiebige Quelle derselben bildeten; Pag. 251 a. a. O. auch nochmals, dass traumatische Einwirkungen mässigen Grades manchmal zur chronischen Meningitis führten.“

Wenden wir diese Auslassungen Erbs auf den vorliegenden Fall an, so haben wir ein jugendliches Individuum männlichen Geschlechts, haben ein mit erblicher Anlage zur Tuberkulose belastetes Individuum und endlich ein solches, welches eine Verletzung — Trauma — erlitten hat. War auch letzteres, das Trauma, nicht direkt oder in unmittelbarer Nähe des Rückenmarks bezw. auf die Wirbelknochen erfolgt, wie es Erb wohl im Sinne hat, wenn er von traumatischen Einwirkungen spricht, so ist es doch eine alte Erfahrung, dass derartige in der Anlage vorhandenen, wenn ich so sagen darf, schlummernden Leiden, insbesondere eine Anlage zur Tuberkulose, gerade durch solche Vorgänge, wie eine Verletzung, geweckt werden können und alsdann zum Ausbruch gelangen. Danach bin ich der Meinung und glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich mich der Annahme zuwende, dass auch hier bei diesem in Folge seines Alters, seines Geschlechts, insbesondere aber in Folge seiner väterlicherseits ererbten Anlage zur Tuberkulose prädisponirten Individuum die Verletzung bezw. die Entzündung, welche an der verletzten Stelle des Knies entstand, den Anstoss zur Fortpflanzung dieser Entzündung auf den Lendentheil des Rückenmarks als die Ursprungsstelle der Nervenwurzelstämme der unteren Extremitäten gegeben habe und derart die gegenwärtige Erkrankung des Sch. entstanden ist.

Es unterliegt mir keinem Zweifel, dass die ganze Sachlage eben so und nicht anders aufzufassen ist, das Rückenmarksleiden, an welchem Sch. laborirt, auf tuberkulöser Grundlage beruht, und die in ihm schlummernde, bis dahin latent gewesene Disposition geweckt worden, entfacht worden ist durch jene, durch den Unfall herbeigeführte Knieverletzung oder, genauer gesagt, durch die Entzündung, welche in Folge der Verletzung am Knie entstand.

Ich beantworte hiernach die in geehrter Aufforderung vom 16. März 1895 No. S. G. 121 an mich gerichteten Fragen, wie folgt:

1. Der Formerlehrling Sch. leidet an chronischer Entzündung der Rückenmarkshäute; das Leiden beruht auf tuberkulöser

Grundlage, ist bisher ein örtliches geblieben und der Sitz desselben der Lendentheil des Rückenmarks.

2. Sch. ist in Folge dieses Leidens zur Zeit 80 Prozent erwerbsunfähig.

3. Ob diese Erwerbsunfähigkeit eine dauernde bleiben, oder in absehbarer Zeit, und in welcher, eine Besserung eintreten werde, lässt sich im Voraus nicht bestimmen. Die Möglichkeit einer Besserung ist, wenn auch fraglich, so doch nicht ausgeschlossen.

4. Die Krankheit, an welcher Sch. leidet und welche seine gegenwärtige Erwerbsunfähigkeit bedingt, ist zwar nicht lediglich eine Folge des in der Fabrik von B. erlittenen Unfalls, sie ist aber nicht ein absolut zufälliges Ereigniss, auch nicht durch Onanie entstanden, sondern steht mit der durch den Unfall bewirkten Verletzung bezw. der in Folge der Verletzung entstandenen Entzündung am Knie in ursächlichem Zusammenhange und zwar derart, dass letztere den Anstoss zu der Entstehung des Rückenmarksleidens bei dem vermöge seiner ererbten tuberkulösen Anlage hierzu prädisponirten Menschen gegeben hat.

Auf Grund dieses Gutachtens gewann das Schiedsgericht am 26. April 1895 die Ueberzeugung, dass das gegenwärtige Rückenmarksleiden durch den Unfall veranlasst und die Berufsgenossenschaft verpflichtet ist, dem Verletzten eine Rente zu gewähren. Es bleibt hierbei unerheblich, ob Sch. eine tuberkulöse Anlage besitzt und daher zu Rückenmarksleiden mehr als andere Personen veranlagt ist. Den Umfang der Erwerbsunfähigkeit und demgemäss die Höhe der zu gewährenden Rente zu bestimmen, nahm das Schiedsgericht beim Mangel genügender Unterlagen Abstand.

Die Berufsgenossenschaft überwiess Sch. zur Begutachtung nach der Privatklinik von Dr. S. in Königsberg und legte Rekurs beim Reichsversicherungsamt ein.

Während des Aufenthalts in der Klinik des Dr. S. vom 18. Mai bis 29. Juli 1895 wurde Sch. auch von Dr. A., erstem Assistenzarzt an der medizinischen Klinik, Dr. K., Assistenzarzt an den Universitäts-Augenklinik und dem Geheimen Sanitätsrath Dr. C. beobachtet und begutachtet.

Drittes und viertes Gutachten.

Dr. A. führt in seinem Gutachten Folgendes aus:

Es bestehen vollkommen normale Verhältnisse seitens der inneren Organe. Der Urin enthält keine pathologischen Bestandtheile. Das psychische Verhalten des Patienten weist nichts Besonderes auf. Geruch intakt. Sehvermögen normal. Pupillenreaktion tritt auf Licht und Konvergenz prompt ein. Augenhintergrund nichts Besonderes; Gesichtsfeld konzentrisch deutlich eingeengt. Augenbewegungen nach allen Richtungen frei; kein Nystagmus; Gefühl im Gesicht, Funktion der Kaumuskulatur, Gaumensegelbewegung, Geschmack normal. Mimische Gesichtsmuskulatur funktionirt gut. Gehör, Sprache, Schluckakt, Zungenbewegungen intakt. Die oberen Extremitäten bieten nichts Besonderes.

Die unteren Extremitäten: Motorische Kraft nicht wesentlich herabgesetzt. Bei Ausführung der einzelnen Bewegungen in Rückenlage zeigt sich bei geschlossenen Augen deutliche Ataxie. Geringe Steifigkeit der Muskulatur; zeitweilig leichter Tremor der Beine. Beim Stehen Romberg'sches Phänomen deutlich ausgesprochen (Schwanken bei geschlossenen Augen). Der Gang spastisch-paretisch. Der Patient geht so, als ob die Füsse am Boden kleben. Gleichzeitig zeigt sich während des Gehens sehr manifeste Ataxie; namentlich wenn Patient die Augen schliesst, schwankt er sehr stark und hat beständig die Neigung zu fallen.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper, auch an den Beinen in allen Qualitäten vollkommen intakt, auch der Muskelsinn ganz normal. Der Fusssohlenreflex ist sehr stark; die übrigen Hautreflexe etwa der Norm entsprechend. Die Sehnenreflexe sind in ganz auffallender Weise stark. Eine leise Berührung mit der Fingerkuppe genügt, um dieselben sehr kräftig auszulösen. Der Dorsalklonus ist so erheblich, dass er bei Dorsalflexionen des Fusses minutenlang andauert. Blasen- und Mastdarmstörungen sind nicht vorhanden. Die bei dem Patienten konstatirten Störungen lassen meines Erachtens einen Zweifel an der Glaubwürdigkeit seiner Angaben ausschliessen. Eine Simulation scheint mir nicht vorzuliegen. Ich bin der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine sogenannte „traumatische Neurose“ handelt, wofür neben den andern Symptomen vor Allem die festgestellte konzentrische Gesichtsfeldeinengung spricht. Allerdings wäre noch an die Möglichkeit zu denken, dass hier ein schweres chronisches Rückenmarksleiden vorliegt (eine „kombinirte Systemerkrankung“). Der Umstand jedoch, dass der Symptomenkomplex direkt nach dem Unfall aufgetreten ist, spricht gegen diese letztere Diagnose, und für die einer traumatischen Neurose. Zweierlei wäre vielleicht noch für die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten zu versuchen:

1. eine längere energische Behandlung in einer Krankenanstalt (da die traumatische Neurose eventuell heilbar ist),

2. eine neue Untersuchung etwa nach Jahresfrist (ob der Zustand derselbe geblieben oder sich gebessert resp. verschlimmert hat).

Jedenfalls ist vorläufig die Erwerbsfähigkeit des Sch. um ca. 70 Prozent beeinträchtigt.

Dr. K. fand nur eine schwere Granulose der Augen, keine hysterischen Sehstörungen.

Fünftes Gutachten.

Das ohne Aktenkenntniss abgefasste Gutachten des Geh. Sanitätsrats Dr. C. enthält Auseinandersetzungen, die wir nicht unterlassen möchten, den Lesern wörtlich zur Kenntniss zu bringen.

Dieser Gutachter sagt nach Mittheilung der Vorgeschichte:

Es unterliegt ja keinem Zweifel, dass Sch. an einer Lähmungs-Neurose beider Beine leidet, wie sie bei einem Rückenmarksleiden vorkommt, das man vulgo Tabes nennt. (!! Red.) Solch ein Gang, solche charakteristisch ataktischen Bewegungen kann nicht der geschickteste Simulant, geschweige denn ein geistig Geschwächter, wie Sch., nachmachen.

Die Abweichungen meiner Befunde von denen des Herrn A. bestehen in Folgendem:

Jener sagt: „Das physische Verhalten weist nichts Besonderes auf.“

Dagegen fand ich erheblich geschwächte Geisteskräfte: langsame Auffassung der an ihn gerichteten Fragen, langsames Antworten, Suchen nach den einfachsten sprachlichen Ausdrücken und Wendungen, um über einfache Begebenheiten und Gegenstände Auskunft zu geben. So liess ich mir die Vorgänge zur Zeit des Unfalles und was er dabei gethan, von ihm beschreiben, aber es war ein unsicheres Hin- und Hertaumeln des Denkvermögens, und es dauerte lange, bis ich durch wiederholte Zwischenfragen zu einem klaren Bilde gelangte. Dabei war auch die Artikulation der Sprache etwas unsicher: kurz, sowohl die Denkfähigkeit, wie auch die Sprachorgane verhielten sich ähnlich wie die untern Extremitäten. Die Gesichtszüge schlaff, verriethen verminderte Intelligenz. Der Blick scheu. Diese Befunde sind aber sehr wesentlich, wenn man nach der Ursache des Rückenmark-

leidens forscht. Sie gehören zu jenem Bilde der Tabes, welches gar häufig bei Onanisten gefunden wird.

Nicht jeder Onanist wird Tabetiker; aber viele Onanisten werden es. Dazu kommt bei diesen allmählich Schwächung der Geisteskräfte, allmählich Blödsinn; vorher noch häufig Melancholie mit Selbstmordtrieb.

Sch. leugnet zwar auf das Entschiedenste, Masturbation getrieben zu haben. Allein nach den reichen Erfahrungen, die ich gemacht, gebe ich auf die heiligsten Schwüre der Onanisten gar nichts.

Herr Dr. A. neigt sich mehr zur Trauma-Neurose und zwar hauptsächlich deshalb, weil die Lähmung der Beine erst seit dem Unfalle herrühre. Aber wer sagt uns, dass die Innervation der Beine vor dem Unfalle normal gewesen sei? Nur Sch. Er hat die ersten Anfänge der Schwäche vielleicht selbst nicht beobachtet, obgleich diese schon seit Jahr und Tag in geringem Grade dagewesen sein mag. Dass nun aber plötzlich innerhalb 3 Wochen eine so bedeutende Verschlimmerung eingetreten ist, kann wohl daher rühren, dass er 3 Wochen zu Bett liegen musste, die Tagesübung also aufhörte. Ja, es ist sogar möglich, dass er seine Geschlechtsnerven während der 3 Wochen doppelt und dreifach so stark gereizt hat, als früher. Ehe er zu Bett gehen musste, hat sich das Abtreiben des Samens nur auf die Nachtzeit beschränkt, da er bei Tage arbeiten musste; nun konnte er auch bei Tage diesen Trieb fortwährend befriedigen.

Das wäre dann meine Erklärung für den scheinbaren Isochronismus des Unfalls mit den Symptomen der Tabes. Andererseits aber gebe ich zu bedenken, dass ein so schweres Rückenmarksleiden unmöglich die Folge einer so geringfügigen Quetschung sein kann, welche nur eine gehörig fleischige Partie des Oberschenkels und noch dazu in schräger Richtung traf. An dieser Stelle befinden sich nicht bedeutende Nerven, durch deren Quetschung ein krankmachender Einfluss auf das Rückenmark möglich gewesen wäre.

Nach meinen Anschauungen und Erwägungen handelt es sich hier also um eine chronische, sehr langsam schleichende, aber auch zu plötzlichen Verschlimmerungen geneigte Rückenmarkskrankheit, von Onanie, aber nicht von einem Trauma (äusserer Verletzung) herrührend.

Auch hat der Unfall als solcher nicht zur Verschlimmerung der vorhandenen Krankheit beigetragen.

Die Folgen des Unfalls (der Quetschung an der Vorderfläche des linken Oberschenkels) sind vollkommen beseitigt.

Mit grosser Zurückhaltung äussert sich der leitende Arzt der Klinik, in der Sch. beobachtet wurde, Dr. S. dahin, dass die Zeit der Beobachtung zu kurz sei, um die Frage: organisches oder funktionelles Nervenleiden? zu entscheiden. Jedenfalls stehe durch genaue Beobachtungen fest, dass eine absichtliche Täuschung durch den Kranken nie nachgewiesen werden konnte. Dr. S. verweist auf das Gutachten des Dr. A., dessen Inhalt mehrmaligen Untersuchungen durch den Direktor der Medizinischen Klinik, Professor L., und Dr. A. entspreche.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in seiner Sitzung vom 8. Oktober 1895 nach mündlicher Verhandlung für Recht erkannt:

Der Rekurs gegen das Urtheil des Schiedsgerichts vom 26. April 1895 wird mit der Massgabe zurückgewiesen, dass unter Abänderung des genannten Schiedsgerichtsurtheils die Beklagte verurtheilt wird, dem Kläger vom 12. Juli 1894 ab eine Rente von 75 (fünfundsiebenzig) Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

In der Urtheilsbegründung heisst es:

Das Rekursgericht hat zunächst auf Grund des Gutachtens des Kreisphysikus Dr. B., mit welchem insoweit die von der Beklagten in dieser Instanz überreichten Gutachten übereinstimmen, als erwiesen angesehen, dass der Kläger — sei es an Rückenmarksleiden, sei es an traumatischer Neurose — schwer krank und in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist, und dass die von Dr. X. in D. nach der Behandlung in dem dortigen mediko-mechanischen Institut in dem Gutachten vom 28. November 1894 festgestellte Besserung, wenn sie überhaupt in dem von dem Sachverständigen angenommenen Masse vorhanden war, jedenfalls nur eine ganz vorübergehende gewesen sein kann. Der Kläger ist des Gebrauchs seiner Beine nicht mächtig, kann nur mühsam und schwankend gehen und nur unsicher stehen, sich nicht bücken und höchstens leichtere Arbeiten, die im Sitzen zu machen sind, verrichten. Aus dem Gutachten des Privatdozenten Dr. S. ist ferner hervorzuheben, dass sich bei der längeren Beobachtung in der Anstalt nichts hat feststellen lassen, was darauf hindeutete, dass der Gang des Klägers willkürlich zum Zwecke der Täuschung beeinflusst würde.

Was sodann die Ursache des Leidens anbetrifft, so hat das Rekursgericht der hier nicht näher auszuführenden Annahme des Dr. X. und des Geheimen Sanitätsraths Dr. C. nicht beipflichten können. Ein Beweis für die Richtigkeit der Annahme dieser Aerzte ist, wie bereits in dem Gutachten des Kreisphysikus Dr. B. betont wird, jedenfalls nicht geführt. Der Vormund des Klägers macht auch nicht ohne Grund geltend, dass bei den stattgefundenen längeren Beobachtungen in den Anstalten des Dr. X. und des Dr. S. irgend welche Spuren für die Berechtigung jener Annahme zum Vorschein gekommen sein müssten. In dieser Richtung sind aber keinerlei Feststellungen getroffen. Die Symptome, welche die genannten Sachverständigen für ihre Auffassung geltend machen, nämlich die schwere Auffassungsgabe des Klägers, seine ungelenkige Sprache und Aehnliches, sind nach der beigebrachten Bescheinigung bei dem Kläger bereits in dessen frühen Knabenjahren vorhanden gewesen. Lehnt man aber jene Annahme der genannten Sachverständigen ab, so wird die Schlussfolgerung unabweisbar, dass das zeitlich bald nach dem Unfall hervorgetretene Leiden auch ursächlich mit demselben in Zusammenhang zu bringen ist, sei es, dass — wie Kreisphysikus Dr. B. annimmt — die Unfallverletzung den Anstoss zu der Entstehung eines Rückenmarksleidens bei dem vermöge seiner ererbten tuberkulösen Anlage hierzu prädisponirten Kläger gegeben hat, sei es, dass — wie Dr. A. begutachtet — der Unfall eine traumatische Neurose im Gefolge gehabt hat.

Die dem Kläger zuzubilligende Entschädigung ist, da Kreisphysikus Dr. B. den Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 80, Dr. A. den Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 70 Prozent schätzt, auf das Mittel, d. s. 75 Prozent, bemessen und das Schiedsgerichtsurtheil, welches übrigens der für eine gerichtliche Entscheidung zu fordernden Bestimmtheit ermangelt, dementsprechend abgeändert. Als selbstverständlich ist noch zu bemerken, dass dem Kläger für die Zeit, in welcher er auf Kosten der Beklagten in Krankenanstalten untergebracht gewesen ist, ein Rentenanspruch nicht zusteht.

Die rechnungsmässige Feststellung der Rente musste der Beklagten überlassen bleiben.

Am 2. Mai 1901 erhielt ich von der Berufsgenossenschaft nachstehenden Auftrag:

Wir ersuchen ergebenst, den früheren Formerlehrling C. Sch. dortselbst, welcher zur Zeit eine Rente von 75 Pro-

zent erhält, auf seine jetzige Erwerbsfähigkeit gefl. zu untersuchen und uns ein Gutachten über den Befund auszustellen.

Sch. verunglückte am 11. April 1894 in dem Betriebe der Firma C. B. in Insterburg dadurch, dass er sich bei einer Arbeit eine Knieverletzung zuzog, wodurch sich später im Anschlusse hieran ein Rückenmarksleiden entwickelt haben soll.

Da wir nun vor kurzer Zeit Gelegenheit hatten, den Patienten an Ort und Stelle in Augenschein zu nehmen, so sind wir doch zu der Ueberzeugung gelangt, dass derselbe zu keiner Arbeit fähig erscheint und demnach für vollständig erwerbsunfähig anzusehen ist.

Wir bitten, den Genannten in seiner Häuslichkeit aufzusuchen und Ihr werthes Gutachten über denselben uns recht bald einzureichen, damit demselben die Rente eventuell erhöht werden kann.

Sch. ist nach unserm Dafürhalten nicht im Stande, sich auf der Strasse aus eigener Kraft fortzubewegen.

Mein Bericht lautet:

Sch. sass bei meiner Ankunft auf einem Stuhl, doch war er ausser Stande, sich ohne Unterstützung vom Stuhle zu erheben. Er kann sich auch von der Stelle fortbewegen, wenn er grössere Gegenstände für die Arme zur Stütze zu beiden Seiten hat, wie z. B. Stühle und andere Möbelstücke des Zimmers.

Die frühere lähmungsartige Schwäche der Beine ist nunmehr bis zur vollständigen Lähmung fortgeschritten, sodass Sch. die Beine im Liegen auch nicht im Geringsten von der Unterlage aufheben oder beugen kann. Die vorhin geschilderte Fortbewegung im Zimmer wird allein durch die Zuhilfenahme der nicht gelähmten Beckenmuskulatur ermöglicht, während die gänzlich gelähmten Beine völlig haltlos umherschlottern.*)

Sch. befindet sich somit in einem völlig hilflosen Zustande: er kann ohne kräftige Hilfe weder das Bett verlassen, noch sich ankleiden; wenn er mit fremder Hilfe auf einen Stuhl gesetzt ist, kann er sich auch von dort nicht forthelfen, er kann lediglich, sich an den Möbeln haltend, mehr sich ziehend als gehend, ein paar Schritte machen. Das Zimmer zu verlassen, resp. auf der Strasse zu gehen, ist völlig unmöglich, da er sich mit Krücken oder Stöcken durchaus nicht im Gleichgewicht halten könnte. Dass ein Mensch in einem derart hilflosen Zustande noch körperliche Arbeit leisten soll, ist vollständig ausgeschlossen. Sch. ist nicht nur gänzlich arbeitsunfähig, sondern beeinträchtigt auch noch die Erwerbsfähigkeit seiner mittellosen Angehörigen, welche ihm in seinem hilflosen Zustande fortwährend Handreichungen machen müssen.

Auf Grund meines Gutachtens bewilligte die Berufsgenossenschaft dem Kranken nicht nur Vollrente, sondern erhöhte diese auch gemäss § 9, Abs. 2 G. U. V. G. wegen Hilflosigkeit bis zur ganzen Höhe des früheren Jahresarbeitsverdienstes.

*) Befund am 9. Juli 1902: Aktive und passive Bewegungen in den Gelenken der Beine in Folge von bretthartem Muskelspsamus ganz unmöglich; sehr gesteigerte Patellarreflexe; Fussklonus. Die oberen Extremitäten völlig normal; Psyche intakt.

Einige nachträgliche Bemerkungen zu dem Aufsatze: Ein in der Geschichte kaum dagewesener Fall von Strychninvergiftung und Tod nämlich eines katholischen Geistlichen am Altare.

Von
Dr. **Litterski,**
Medizinal-Rath.

Zu der Fragebeantwortung: Giftmord am Altar: Sachverständigen-Zeitung No. 14, S. 304, worin gesagt wird, dass mit der Möglichkeit zu rechnen sei, dass der Propst W., um den Qualen innerer krankhaften Unruhe etc. zu entgehen, sich das Gift selbst in den Wein gemischt habe etc., gestatte ich mir Folgendes zu erinnern:

Möglich ist in der Welt Alles! Absolut Unmögliches giebt es hier nicht! Absolut sicher ist nur der Tod! Es fragt sich nur, ob im konkreten Falle, wie auch sonst in anderen und ähnlichen Fällen, irgend welche wesentlichen Anhaltspunkte für etwaige Möglichkeit vorhanden waren oder nicht.

Wenn im konkreten Falle aus dem Umstande allein auf eine Geistesstörung zu schliessen versucht wird, dass W. mit verschiedenen Personen seiner Umgebung nicht auf friedlichem Fuss gelebt, Prozesse geführt, auch in der letzten Zeit sehr vorsichtig bei dem Genusse von Speisen und Trank gewesen sei, weil er befürchtete, vergiftet zu werden, so erscheint mir diese Annahme doch etwas gewagt zu sein.

Wenn Jemand sich bewusst ist, Feinde zu haben, wenn Jemand glaubt, deshalb mal angegriffen, misshandelt, getödtet zu werden, und deshalb Vorsichtsmassregeln trifft; späte Abendstunden des Ausgehens meidet, mit Revolver etc. sich bewaffnet, um eventuellen Angriff pariren zu können; wenn mächtige Potentaten vorher alle Speisen von anderen Personen der nächsten Umgebung kosten lassen, bevor sie selbst geniessen, um nicht vergiftet zu werden etc.; wenn man daraus allein schon auf eine Geistesstörung der betreffenden Personen schliessen wollte, so dürfte dies doch wohl nach meiner Ansicht zu weit gehen und berechtigtes Kopfschütteln verursachen.

Dasselbe trifft bei W. zu. Derselbe hat erwiesener Massen Prozesse geführt mit seinem Pächter, hat nicht nur eingebildete, sondern wirkliche Feinde gehabt und ist deshalb vorsichtig gewesen. Aus dieser Vorsicht allein will der Einsender auf eine Geistesstörung schliessen. Auf diese Weise könnte man behaupten, dass jede besondere Vorsicht der Ausfluss einer Geistesstörung sei. Allerdings kann eine besondere und absonderliche Vorsicht unter gewissen Umständen als der Ausfluss einer Geistesstörung angesehen werden, aber braucht es noch nicht unbedingt zu sein. Es kommt immer auf den Spezialfall an. Wir haben in unserem Gutachten alle aktenmässig festgestellten Thatsachen gewürdigt und auseinandergesetzt, dass in dem mitgebrachten Weine und Wasser Strychnin nicht nachgewiesen, dass in den Kelch und die Messkännchen der Geistliche das Gift während der Messe nicht hineinbringen konnte, ohne bemerkt zu werden etc. Wir haben gesagt: auf Grund dieser Thatsachen und Erwägungen ist wohl Selbstvergiftung mit Bestimmtheit auszuschliesen (gleichgiltig, ob in normalem oder krankhaftem Zustande, denn für die strafrechtlichen Folgen ist es vollständig gleichgiltig gewesen; es fragte sich nur, ob eigene oder fremde Schuld?).

Allerdings einen Umstand haben wir nicht hervorgehoben, nämlich den, dass der Geistliche Tags zuvor oder vor der Messe in Abwesenheit des Küsters, der Messknaben in die Kirche gegangen sein konnte und dort das Gift in das Messkännchen gethan (denn nach Lage der untersuchten Objekte und Befunde konnte und musste es sich ursprünglich allein in dem Kännchen befunden haben), dann aber nach Hause gegangen und trotz dessen giftfreien Wein und Wasser zu der Handlung mitgebracht habe.

Dies wäre dann wirklich eine reiche Phantasie eines Geistesgestörten! Aber zugegeben: der Einsender hat Recht!

Dann könnte es sich nach meiner Ansicht höchstens um eine Paranoia handeln mit einer einseitigen fixen Wahnidee (Verfolgungs-Wahn), wobei sonst die übrigen Verstandeskräfte noch normal gewesen, denn der Geistliche hat pflicht-

getreu bis zum Todestage seine Amtspflichten erfüllt, ist auch sonst Niemandem aufgefallen, in seinen Reden, Handlungen, was wohl doch geschehen müsste und wäre, wenn er thatsächlich paranoisch geistesgestört gewesen wäre.

Es wären dann auch gewiss vor Gericht bei den vielfachen Zeugenvernehmungen, Andeutungen, Ausdrücke gefallen, die darauf hingedeutet hätten. Aber nichts von dem ist in den Akten ewähnt. Nichts davon ist auch unter den Einwohnern des Städtchens, welche gemischter Konfession sind, laut geworden etc. Nun weiter, wie liessen sich die aktenmässig festgestellten Thatsachen logisch und psychologisch erklären, nämlich die, dass W., als er vergiftet erkrankte, ausgerufen hat: ich bin vergiftet, bringt mir die Kännchen her, und als er die Krystalle sah, die er als gebildeter Mann nach dem Geschmack und Aussehen wohl als Strychnin beurtheilen konnte, erklärte: das ist starkes Gift, haltet die Kännchen fest etc. (damit wohl sagen wollend, dass hier das Gericht untersuche etc.)

Soll dies etwa auch als eine phantastische Gedankenverknüpfung eines Geisteskranken bezeichnet werden?

Wenn wir (die beiden Obduzenten) daher unter Berücksichtigung aller der angeführten Thatsachen und näheren Umstände des Falles erklärt haben, dass kein Selbstmord, Selbstvergiftung, sondern fremde Schuld vorgelegen, so können wir wohl ruhig das Urtheil der Aerztewelt abwarten, ob wir recht gehandelt haben oder nicht. Gerade als gerichtlicher Sachverständiger muss man meines Erachtens stets in erster Linie mit den gegebenen bekannten Thatsachen rechnen, danach urtheilen und daraus die Schlussfolgerungen ziehen und darf sich nicht auf eine einzige Erscheinung, auf blosse Annahmen einlassen. Mit Hypothesen und blossen Theorien macht man gerade vor Gericht meist Fiasko.

Grottkau, den 2. August 1902.

Referate.

Allgemeines.

Die zivilrechtliche Haftpflicht der Sachverständigen.

Von Hans Schreickert.

(Juristische Wochenschrift XXX, No. 41, 42.)

In Frankreich ist vor Kurzem ein bekannter Graphologe wegen „grober Nachlässigkeit in der Ausübung seiner Sachverständigenthätigkeit" zu einem Schadensersatz von 800 Frcs. und Tragung der Verhandlungskosten verurtheilt worden. Der Sachverständige hatte mit „voller Ueberzeugung" die Indentität aller ihm in einer Angelegenheit vorgelegten Vergleichungsschriftstücke behauptet, während eine Schriftprobe von einer dritten Hand herrührte. Näheres ist über den interessanten Fall leider nicht bekannt.

Im Anschluss daran erörtert V. die interessante Frage der Haftpflicht der Sachverständigen.

Ladet die Partei den Sachverständigen, so sind für die zivilrechtlichen Beziehungen zwischen ihnen die gesetzlichen Vorschriften über den Dienstvertrag (B. G. B. § 611 ff.) massgebend; auf den Erfolg der Dienstleistung kommt es hierbei nicht an. Der Sachverständige hat die Dienste mit der vollen, im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zu leisten. Der Grund der Haftung liegt in der schuldhaften Verletzung der Vertragspflicht. An eine vorsätzliche Verletzung der Pflicht wird man weniger denken als an eine fahrlässige. Nicht der Irrthum, sondern nur die thatsächliche Unkenntniss von solchen Thatsachen, die dem Schuldner auch bei angemessener Vorsicht und Sorgfalt verborgen bleiben könnten, schliesst die Fahrlässigkeit aus. Natürlich muss die Partei bei der Auswahl der Sachverständigen vorsichtig vorgehen. Die Art und Grösse des Schadens richtet sich nach der jeweils vorliegenden Ursache und Wirkung der Schädigung und beurtheilt sich nach den Grundsätzen des B. G. B. über den Schadensersatz.

Ertheilt der Sachverständige einen blossen Rath, ohne dass ein Vertragsverhältniss vorliegt, und geht die Partei dann selbständig vor, dann kann der Sachverständige wegen der schädigenden Wirkung der Rathsertheilung nicht zur Verantwortung gezogen werden (cf. § 676, St. G. B.).

Der öffentlich bestellte Sachverständige haftet für unrichtige d. h. fahrlässig ertheilte Gutachten allein: eine Erweiterung der Haftpflicht auf den Staat giebt es nicht.

Ernst Schultze.

Das Zeugnissverweigerungsrecht weiblicher Aerzte in Strafsachen.

Von Ernst Auerbach.

(Juristische Wochenschrift XXXI, Nr. 48—51.)

Vor Kurzem hat die Strafkammer des Frankfurter Landgerichts den im Ausland approbirten Aerzten und Aerztinnen das auf Grund des § 52 St. P. O. den „Aerzten" zustehende Zeugnissverweigerungsrecht abgesprochen.

Verfasser setzt auseinander, dass diese Auffassung unrichtig ist. Er betont, dass sich in den Vorarbeiten zur St. P. O. nirgendwo eine Definition des Begriffs „Arzt" findet. Der Sprachgebrauch entscheidet mithin, also wird der Hauptwerth gelegt auf die wissenschaftliche Durchbildung und den ertheilten wissenschaftlichen Befähigungsnachweis. Man mache aber keinen Unterschied zwischen in- und ausländischen Aerzten, zwischen Männern und Frauen. Eine solche Auffassung decke sich auch mit dem Geiste und der Tendenz der St. P. O., die mit dieser Bestimmung das zwischen Arzt und seiner Klientel bestehende Vertrauensverhältniss mit Absicht zu zerstören vermeidet. Der Kurpfuscher brauche deshalb durchaus noch nicht unter den § 52 zu fallen, da er ohne ärztliche Vorprüfung, ohne staatliche Approbation Menschen zu heilen, d. h. in das ärztliche Gewerbe hineinzupfuschen suche. Das Zeugnissverweigerungsrecht steht auch dem Studenten der Medizin zu, der einen approbirten Arzt vertritt (was nicht zulässig ist), ebenso wie dem Referendar, der an Stelle des Anwalts handelt.

Ernst Schultze.

Chirurgie.

Ueber einen Fall von Luxatio centralis capitis femoris mit Darmruptur.

Von Dr. Katz.

(Aus der chir. Univ.-Klinik zu Freiburg; Dir. Hofrath Professor Dr. Kraske.)

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. Band, Heft 2.)

Einem Zimmermann, welcher mit dem Abladen von Baumstämmen von einem Rollwagen beschäftigt war, fiel ein schwerer Stamm gegen die linke Hüfte und rollte über den zu Boden Geworfenen hinweg. Der Verletzte wurde bewusstlos in die Klinik gebracht. Hier fand sich das linke, nach aussen rotirte und extendirte Bein stark verkürzt und aktiv nicht beweglich. Bei starkem Zug glich sich die Verkürzung aus, beim Nachlassen stellte sich die frühere Lage wieder her. Die linke Beckenhälfte zeigte abnorme Beweglichkeit. Das Abdomen war aufgetrieben und gespannt, seine Berührung schmerzhaft, der Klopfschall tympanitisch, in der Regio iliaca, besonders links, gedämpft.

Der Verletzte starb 1 Stunde nach Einlieferung in die Klinik. Die Sektion ergab: mehrfache Sprungbildung des

Beckens, Perforation der Pfanne, Abreissung des Colon descendens von der Flexura sigmoidea. Kothaustritt in die Bauchhöhle.

Verf. berichtet im Anschluss an diesen Fall über weitere in der Literatur niedergelegte 10 ähnliche Beobachtungen und bespricht eingehend Aetiologie, Diagnose und Komplikationen der Verletzung. Niehues-Berlin.

Ueber die traumatischen Luxationen des Fusses im Talokruralgelenk mit Anschluss eines einschlägigen Falles eigener Beobachtung.

Von Stabsarzt Dr. Coloman Gömöry-Brünn.
(Wiener med. Wochenschr. 1902, No. 17–20.)

Verf. bringt auf Grund der vorhandenen Literatur den jetzigen Stand unserer Kenntnisse über die Verrenkungen des Fusses im Talokruralgelenk zur Darstellung und berichtet über eine eigene Beobachtung, eine Luxation nach hinten, welche mit einem Bruch der Fibula verbunden war. Die hauptsächlichsten Symptome bestanden in: Plantarflexion des Fusses Verkürzung des Fussrückens, Verlängerung der Ferse, Vorspringen der Gelenkfläche der Tibia und der Strecksehnen auf dem Fussrücken und der Achillessehne an der Ferse, sowie Krepitation über dem äusseren Knöchel.

Der Reposition, welche durch leichten Zug ohne alle Schwierigkeit gelang, folgte die übliche Behandlung mit Gipsverband, Massage u. s. w. Es steht völlige Wiederherstellung bevor. Niehues-Berlin.

Fussgeschwulst, Knochenbruch und Knochenhautentzündung.

Von Stabsarzt Dr. Blecher-Brandenburg.
(Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 31. Jahrg., Heft 6.)

Bl. untersuchte 78 Soldaten, die an Fussgeschwulst (Oedem) erkrankt waren, mittelst Röntgenstrahlen und fand bei 30 einen Bruch eines Mittelfussknochens, eine Zahl, welche im Vergleich zu anderen Autoren ganz ausserordentlich klein ist. Bl. diagnostizirt allerdings nie eine Fraktur, ohne dass er den Bruchspalt auf dem Bilde sieht, selbst dann nicht, wenn sich nach einiger Zeit auf dem Röntgenbilde ein zu beiden Seiten der Diaphyse gelegener spindelförmiger Schatten zeigt. Er deutet diesen nicht als Kallus, sondern als periostitische Auflagerung. Hiernach folgert Verfasser:

1. Bei jeder Fussgeschwulst handelt es sich um eine Betheiligung eines Mittelfussknochens.

2. In einer Anzahl (nach unserer Zusammenstellung etwa $^1/_3$) der Fälle liegt ein Bruch oder eine Infraktion vor mit oder ohne deutlich nachweisbarer Bruchlinie oder Bruchspalt, mit später deutlich umschriebenen Kallus. (Bei der Berechnung sind aber nur Fälle mit sichtbarem Bruchspalt als Frakturen angesehen worden. Ref.)

3. In den übrigen Fällen ($^2/_3$) handelt es sich um eine Knochenhautentzündung; dieselbe giebt Anfangs keinen oder doch nur sehr geringen Befund (schmalen Schattenstreifen am Knochenrande), später (etwa von 6 Wochen ab) eine gleichmässige oder spindelförmige ein- oder doppelseitige Verbreiterung des Knochenschattens ohne Unterbrechung der Kortikalis und Markhöhle. Niehues-Berlin.

Trauma und Plattfuss.

(Aus der orthopäd. Klinik des Dr. med. Schanz in Dresden.)
Von Dr. M. Karch-Aachen.
(Monatsschrift für Unfallheilkunde IX. Jahr., No. 4.)

Zu den schwierigsten Aufgaben des begutachtenden Arztes gehört die Beurtheilung derjenigen Beschwerden, welche sich bei Arbeitern im Anschluss an eine Verstauchung, eine Quetschung oder einen Bruch des Fusses einstellen und meist auf einen sich entwickelnden Plattfuss zurückzuführen sind. Da anatomische Grundlagen fehlen, so ist der Arzt auf die Angaben und Klagen des Verletzten angewiesen, doch lässt sich auch aus ihnen, aus richtig gestellten Kontrolfragen und auf Grund peinlichst genauer Untersuchung ein richtiges Urtheil gewinnen.

Allgemein bekannt sind die Klagen über Schmerzen, welche sich nach längerem Gehen besonders auf schlecht gepflasterten Wegen einstellen und von den Kranken in alle Theile des Fusses verlegt werden. Auf weichem nachgiebigen Boden gestaltet sich dagegen das Gehen viel ausdauernder und beschwerdefreier. Wird dieses von dem Verletzten geleugnet, so macht er sich der Simulation verdächtig.

Die Kranken vermögen zuweilen frisch und aufrechten Ganges zum Arbeitsplatz zu kommen und verlassen ihn hinkend. Dieser Umstand, welcher ihnen oft den Vorwurf der Simulation einträgt, ist im Gegentheil eine Bestätigung der Richtigkeit ihrer Klagen, da die Schmerzen mit Benutzung des Fusses zunehmen.

Untersuchen wir den kranken Fuss, so fällt uns zunächst nichts auf. Eine Messung der Waden ergiebt jedoch eine Differenz zu Ungunsten der verletzten Seite. Die Muskeln sind durch den immobilisirenden Verband und später durch freiwillige Schonung atrophisch geworden. Die Muskulatur fühlt sich schlaff an, das Fussgewölbe ist mitunter, nicht stets, etwas eingesunken und flacht sich bei stärkerer Belastung noch mehr ab. Die Zehen sind zuweilen weniger geschmeidig als die des gesunden Fusses, einzelne stehen in leichter Krallenstellung.

Sehr schön lassen sich diese Thatsachen auf Fussabdrücken, die nur auf berusstem Papier gemacht werden sollten, demonstriren. Schon bei normaler Belastung finden wir einen, wenn auch minimalen Unterschied in den Abdrücken beider Füsse. Die Abdrücke der Zehen des erkrankten Fusses sind kleiner, da diese in Folge der geringen Krallenstellung steiler aufgesetzt werden. Dies tritt besonders schön an der grossen Zehe zu Tage, wo sich zwischen Zehen- und Fussballen der Abdruck eines Hautwulstes findet, welcher durch die stärkere Krümmung der Zehe hervorgerufen wird. Der Unterschied in den Fussabdrücken beider Füsse wird noch deutlicher bei stärkerer Belastung des Körpers. (Am zweckmässigsten setzt sich ein Mann auf die Schultern des Kranken.) Der Abdruck des gesunden Fusses bleibt fast unverändert; nur eine leichte Verbreiterung in der Gegend des Mittelfusses tritt auf, ein Zeichen, dass das Fussgewölbe etwas nachgegeben hat. Bei dem kranken Fuss berührt mehr oder weniger die ganze Sohle den Fussboden und lässt einen Abdruck auf dem Papier zurück, welcher gegenüber dem ersten sehr verbreitet erscheint. Freilich wird der typische Abdruck eines Plattfusses nie erreicht.

Während wir bei ausgebildetem Plattfuss stets die Innenseite des Absatzes schiefgetreten finden, vermissen wir dieses Zeichen bei beginnendem Plattfuss oft, können vielmehr das Gegentheil, ein Ablaufen an der Aussenseite des Absatzes, konstatiren. Dies ist eine Folge des unbewussten Dranges, den Fuss in leichte Supinationsstellung zu bringen, da er so die wenigsten Beschwerden verursacht. Bekanntlich ruft passive starke Supination, einen anhaltenden, stechenden Schmerz hervor, ein Zeichen, das bei der Beurtheilung gleichfalls verwerthet werden kann.

Schliesslich kann die Diagnose eines beginnenden Plattfusses noch ex juvantibus unterstützt werden. Eine gut

passende nach dem Fuss gearbeitete Plattfusseinlage in den Stiefel pflegt alle Beschwerden mit einem Schlage zu heben.

Verf. schliesst seine lehrreiche Arbeit mit dem nicht oft genug zu wiederholendem Rath, nach Abschluss der Behandlung jedes Unterschenkelbruches, jeder schweren Distorsion und Kontusion des Fussgelenks den Verletzten für längere Zeit eine Plattfusseinlage tragen zu lassen. So kann die Frequenz des traumatischen Plattfusses erheblich vermindert werden. Niehues-Berlin.

Traumatische Tarsusverschiebungen.

Aus der Züricher chir. Klinik; Dir. Prof. Dr. Krönlein.

Von Dr. H. Zuppinger.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 38. Bd., Heft 3.)

Verf. fand auf Grund von zahlreichen Röntgen-Aufnahmen, dass die Funktionsstörungen, welche sich oft an Fussdistorsionen, Knöchelbrüche oder geheilte Unterschenkelfrakturen anschliessen, häufig auf eine Verschiebung des Tarsus zurückzuführen sind. Auf dem Röntgenbilde überragt das sonst in gleicher Ebene liegende Caput tali das Navikulare bis zu 1 cm; an diese fast konstante Verschiebung können sich Lageveränderungen weiterer Knochen anschliessen.

Verf. fand diese Tarsusverschiebungen bei allen Brüchen des äusseren Knöchels, bei isolirtem Bruch des Proc. posterior tali, bei Unterschenkelbrüchen, welche mit Rekurvation ausheilten u. s. w.

Es besteht meist allgemeiner Schmerz im Tarsus, der sich bei Belastung und Dorsalflexion erheblich steigert und sich häufig zwischen den Knöcheln lokalisirt. Der Kranke geht auf der Fussspitze und belastet den verletzten Fuss möglichst wenig.

Es ist auffallend, dass sich die Verschiebung, selbst bei stärkster Verschiebung, nicht durchfühlen lässt.

In den meisten Fällen erfolgt eine Rückbildung der Verschiebung in wenigen Monaten.

Niehues-Berlin.

Die typischen Rissfrakturen des Fersenbeins.

Von Dr. Ernst Fuchsig, Assistenten der Abtheilung.

Aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Kaiser Franz-Josef-Spitals in Wien. (Vorstand: Primarius-Dozent Dr. Jul. Schnitzler).

(Wiener medizinische Presse, 1902, Nr. 24/25.)

Im Jahre 1883 stellte Maydl den Satz auf, dass bei Rissbrüchen des Fersenbeins 2 Kräfte wirksam seien, nämlich „eine gewollte oder reflektorische Muskelaktion, überwunden durch eine im Körpergewicht liegende Kraft.“ Sie greifen an dem langen, durch den Vordertheil des Fusses gebildeten Hebelarm und an dem kurzen, durch den Fersentheil des Calcaneus gebildeten, an; der Hebelunterstützungspunkt liegt im Sprunggelenk. Diese Ansicht wird durch die vom Verfasser zusammengestellten eigenen und fremden Fälle, welche durch Radiogramme kontrolirt sind, gerechtfertigt.

Bei den typischen Rissbrüchen verläuft die Bruchlinie, beginnend zwischen den Ansätzen der Plantarfascie und der Achillessehne in leicht nach oben konvexem Bogen nach vorn gegen die Gelenkfläche hin, ohne diese jedoch zu erreichen; ihre Richtung folgt im Allgemeinen derjenigen der Knochenbälkchen.

Das Auseinanderweichen der Bruchstücke richtet sich direkt nach der Grösse der Gewalt der einwirkenden Kräfte und ist umgekehrt proportional der Knochenfestigkeit; Verbreiterung der Ferse in Folge Blutaustritts, eine mehr oder weniger deutliche und entsprechend durch Betastung nachweisbare Grube an der Rückseite der Ferse hängen von ihm ab und sind beim niedrigsten Grad des Auseinanderweichens, der Fissur, unmerklich; Schmerzen beim Auftreten und Druckempfindlichkeit sind dann die einzigen Symptome; die bei Calcaneusbrüchen womöglich stets anzuwendende Kontrole der Diagnose durch Radiographie wäre bei den Fissuren am nothwendigsten. Als einzig rationelle Therapie bei irgendwie erheblicherer, die Prognose der Gebrauchsfähigkeit trübender Dislokation lässt Verfasser die Knochennaht gelten, bei geringerer, Ruhigstellung des Fusses für 14 Tage, darauf Bewegungen und Massage. Seelhorst.

Neurologie und Psychiatrie.

Ein Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie.

Von Erwin Strausky.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1902. Juni.)

Die Anfälle der auf eine cerebrale Herdläsion zurückzuführenden periodischen Manie können auch von körperlichen Störungen (Facialisparese, Zungentremor, Lidspaltendifferenz, Pupillendifferenz, Pupillenstörungen, Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, Sprachstörungen, klonische Zuckungen) begleitet sein; da dabei noch Grössenideen auftreten können, so liegt die Gefahr einer Verwechselung mit progressiver Paralyse sehr nahe, wie das eine ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte darthut.

Die richtige Diagnose ermögliche eine Analyse der Sprachstörung, die entsprechend dem manischen Gesammtbild in einem Uebermass von kortikaler Innervation besteht, also kein Silbenstolpern, Verstellungen, Verschleifungen aufweise; es fehlt auch die charakteristische Schreibstörung der Paralytiker. Ferner sind zu verwerthen das stetige Schwanken im Verhalten der Pupillenweite und der Reflexe, der Mangel der Gedächtnissstörungen, der Charakter der Grössenideen, die nicht über den Bereich des Möglichen hinausgehen, das Fehlen negativer Störungen und vor Allem die Vorgeschichte.

Ernst Schultze.

Die Systematik der Intoxikationspsychosen.

Von Paul Heiberg.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1902. April.)

Verf. schlägt als eine feste Grundlage für eine vorläufige Systematik der Intoxikationspsychosen vor eine Gruppirung der Krankheiten nach der chemischen Verwandtschaft der wirksamen Stoffe. Es lassen sich drei Gruppen unterscheiden, je nachdem ob das Gift der Reihe der Fettkörper (Chloroform, Jodoform, Alkohol, Aether, Paraldehyd, Chloral, Sulfonal), der aromatischen Körper (Salicylsäure) oder der Alkaloide (Atropin, Cocaïn, Morphium, Nicotin, Chinin etc.) zugehört. Des Genaueren führt er aus, dass die durch Fettkörper bedingten Psychosen auch nach der klinischen Seite hin einander ähneln; er vermuthet, dass die Wirkung der Körper dieser Gruppe besonders auf ihre Fähigkeit, fettähnliche Stoffe aufzulösen, zurückzuführen ist. Ernst Schultze.

Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens der Morphinisten.

Von Karl Abraham.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1902. Juni.)

Verf. giebt die genaue Schilderung eines selbst beobachteten Falles von Morphiumdelirium. Die psychischen Erscheinungen weichen in seinem Falle trotz mannigfacher Analogien wesentlich von denjenigen des Alkoholdeliriums ab. Der Patient vom Verf. zeigte eine keineswegs ängstliche, vielmehr heiter gehobene Stimmung, eine weniger intensive Trübung des Bewusstseins, geringe Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Fehlen der Ablenkbarkeit, einen geordneten Ablauf der Vorstellung, Erhaltensein der Orientirung, eine gewisse Veränderung

des Ichbewustseins, intakte Merkfähigkeit, eine gewisse Krankheitseinsicht und schliesslich ein Ueberwiegen der Halluzinationen unter den Sinnestäuschungen. Ernst Schultze.

Zur Kenntniss der Starkstromverletzungen.

Aus dem Vereinshospital in Hamburg.

Von Dr. J. Jessen, Oberarzt der inneren Abtheilung.

(Münch. med. Woch. 1902, No. 5.)

Durch einen mehrere Minuten lang den Körper eines 46j. Mannes durchströmenden 500 Volt-Gleichstrom wurde nach einem kurzen Stadium der Benommenheit ein Zustand herbeigeführt, welcher sich in Kopfweh, Schwindel, Muskelzuckungen und Kriebelgefühlen, sowie Unsicherheit beim Gehen, Neigung, nach der Seite rüberzufallen, Abweichen der Zunge, Facialisparese, gesteigerten Reflexen, Pupillenungleichheit, zeitweise mit Zähneknirschen, Aufschreien und Niederfallen, stets ohne Bewusstseinsverlust äusserte. Gesichtsfeldeinschränkung, Erhöhung des Plantar- und Patellarreflexes, sowie Störungen der Sensibilität, bestehend in Hyperästhesien und Hypästhesien, stark ausgesprochenes Rombergsches Phänomen Tremor, Fehlen von Ataxie, sowie nachweisbaren Hirn- oder Organstörungen, Besserung durch suggestive Massnahmen machten die Diagnose traumatische Hysterie immer wahrscheinlicher. Dieselbe bestätigte sich durch Verschwinden der Beschwerden nach Vollaufnahme der Arbeit. Seelhorst.

Ohrenheilkunde.

Ueber Erkrankungen des inneren Ohres nach internem Gebrauch von Salicylpräparaten.

(Aus dem Ambulatorium für Ohrenkranke des Dozenten Dr. Ferdinand Alt in K. K. Krankenhause Rudolfstiftung in Wien.)

Von Dr. Max Scheyer.

(Wiener Med. Presse. 1902. No. 21.)

Verfasser beobachtete bei einer Patientin, deren Organe ausser einer gelenkrheumatischen Affektion ganz normal waren, nach sechstägigem Gebrauch von 2,5 Natrium salicylicum pro Tag ausser Kopfweh und Schwindel auch Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen, welche über einen Monat andauerten. Seelhorst.

Spastische Mydriasis durch Fremdkörper im Ohr.

Aus der Lungenheilstätte Kottbus.

Von Dr. Bandelier, dirigirender Arzt.

(Münch. med. Woch. 1902, No. 21.)

Bei der Untersuchung des rechten Ohres einer Patientin, bei welcher eine Erweiterung der rechten Pupille bei erhaltener, wenn auch weniger ausgiebiger Reaktion derselben, bestand, wurde mit einem grossen Ceruminalpfropf eine Glasperle aus dem Gehörgang entfernt. Nach Beseitigung des Fremdkörpers verschwand die Pupillenungleichheit völlig.

Reizung der vasomotorischen Sympathicusäste des äusseren Ohres und der Paukenhöhle durch den Fremdkörper dürfte die Ursache des beobachteten Symptoms gewesen sein. Seelhorst.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

(Deutsche med. Wochenschr.)

Sitzung am 16. März 1902.

Herr **Berger:** Indirekte Folgen glatt geheilter Schussverletzungen.

Der für den Gerichts- und Unfallgutachter sehr bemerkenswerthe Vortrag enthält die Beschreibung von vier Fällen, deren jeder in seiner Art bedeutsam ist.

Ein 1870/71 durch den rechten Vorderarm Geschossener zeigte erst 20 Jahre später durch nachträgliche Narbenzerrung die ersten Anzeichen einer Lähmung des Nervus ulnaris und cutaneus brachii externus. — Ein Gewehrschuss durch den Unterarm heilte scheinbar glatt, nach fünf Wochen begann sich eine Lähmung des nicht unmittelbar betroffenen Nervus ulnaris auszubilden. — Ein Contourschuss vorn an der Brust, der beim Sternoklavikulargelenk eindrang, an der Achselfalte austrat, ohne das Schultergelenk zu berühren, und primär heilte, zog nach drei Wochen eine Schultergelenksentzündung nach sich, die chronisch wurde. Ausserdem entstand am fünften Tage eine Brustfellentzündung links hinten unten, die gleichfalls chronisch blieb; angeregt war sie jedenfalls durch den Gegenstoss.

Herr **Martens:** Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Magens.

Bei einem Mädchen, das sich eine Stunde zuvor einen Revolverschuss in den Bauch beigebracht hatte, trat bald nach der Einlieferung starkes Erbrechen reinen Blutes ein. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erschienen die Eingeweide — in Folge einer in der Kindheit durchgemachten Bauchfellentzündung — fest verklebt. Nach dem Verlauf des Schusskanals musste die Wunde am Magenmunde sitzen, aber es war kein Herabziehen oder Freilegen möglich. Nach Schluss der Bauchwunde dauerte das Blutbrechen nur noch kurze Zeit, die Verletzte starb unter Erscheinungen eines Ergusses in die linke Rippenfellhöhle, der sich bei der Sektion als Blutung erwies.

Herr **Wiemuth:** Drei schwere, geheilte Schädelverletzungen.

Ein riesige Zertrümmerung des Stirnbeins und der Gehirnmasse darunter durch Pferdehufschlag heilte mit vollständiger Knochendeckung so restlos, dass der Verletzte wieder wie früher als Schreiber arbeiten kann und keine Beschwerden hat. Die zertrümmerten Knochenstücke, die zur Deckung verwandt wurden, stiessen sich anfangs aus, dann wurden sie ausgekocht, wieder eingesetzt und heilten nun an.

Aehnlich war die zweite Verletzung, nach der anfangs lange Zeit Bewusstlosigkeit mit klonischen Krämpfen, nachher längere Zeit motorische Aphasie bestand, und die jetzt bis auf geringe Kopfschmerzen folgenlos geheilt ist.

Im dritten Falle handelt es sich um einen Lanzenstich, der über dem linken Mundwinkel eindrang, unterhalb des Auges austrat und dann wieder in das obere Lid eindrang. Es bildete sich ein Abscess im Stirnhirn, der durch Operation geheilt wurde. Kopfschmerz und Schwindel besteht zuweilen noch.

Herr **Wiemuth:** Pulsirender Exophthalmus links in Folge Schussverletzung.

1895 Selbstmordversuch, Schuss in die rechte Schläfe. Seiner Zeit musste wegen Hornhautentzündung durch Lähmung des oberen Trigeminusastes das rechte Auge entfernt werden. Ein halbes Jahr nach der Verletzung begann sich links die pulsirende Vortreibung des linken Auges zu entwickeln. Zweimal ist die grosse Halsschlagader rechts mit nur vorübergehendem Erfolge unterbunden worden. Bei Druck auf das wieder pulsirende Gefäss verschwindet ein den Augapfel umgebender Venenkranz. Druck auf die linke Halsschlagader ist nutzlos, hat sogar deutlich üble Folgen für das Sehvermögen.

Herr **Schäfer:** Ueber Milzstichwunden und ihre transdiaphragmatische Behandlung.

Die Milzstichwunden durchbohren stets Brust- und Bauchhöhle. Ihre Behandlnng erfolgt am zweckmässigsten von der Brusthöhle aus durch das Zwerchfell.

In der Diskussion berichtet Herr König über einen Fall

von Milzverletzung durch Fall auf eine Stahlkante. Die Verletzte hatte erbrochen; sie hatte einen überall gleich weichen Bauch. Starke Flüssigkeitsansammlung war darin nachweisbar. Die Milz war in grosser Ausdehnung eingerissen und wurde kurzer Hand entfernt. Es trat Heilung ein.

Herr **Hildebrandt:** Schädelschüsse (Mittheilungen aus Transvaal).

a) Tiefer Streifschuss, durch ein Mantelgeschoss aus 100 Meter Entfernung. Im Seitenwandbein und Stirnbein findet sich ein 6 cm langer Spalt, in der Mitte bis zu 2 cm breit, nach den Enden sich rasch verschmälernd. Hier ist der Knochen (äussere und innere Tafel) weggerissen. Von beiden Enden gehen Sprünge in derselben Richtung, ein dritter Sprung von der breitesten Stelle abwärts.

b) Aufschläger-Streifschuss: Wiederum ein Spalt, der in der Mitte am breitesten ist, die Sprünge bilden, von der Mitte an gerechnet, ein Kreuz. Trotz ungemein ausgedehnter Hirn-Abscessbildung lebte der Verletzte noch 12 Tage.

c) Tangentialschuss: Ovale Ein- und Ausschussöffnung, nicht weit von einander, durch einen Knochensprung verbunden.

d) Aufschläger-Volltreffer. Wie die meisten derartigen Schüsse unmittelbar tödtlich geendet.

Die Prognose der Schädelschüsse hängt von der Entfernung und der Schussrichtung ab. Je näher das Geschoss am Schädelgrunde verläuft, desto ungünstiger. Alle unmittelbaren Verletzungen der mittleren und hinteren Schädelgrube sind tödtlich, die der vorderen nicht ausnahmslos. Querschüsse sind günstiger als Längsschüsse, unter ersteren die durch das vordere Drittel des Schädels am günstigsten. Senkrechte Schädelschüsse heilen nur im vorderen Abschnitt bisweilen. Die grösste mittelbare Gefahr, die noch nach Monaten droht, ist der Gehirnabscess. Was aus den Geheilten wird, ist noch nicht zu ermessen. H. hat unter ihnen keinen geistig ganz Normalen gesehen, weiss aber durch Dritte, dass Einige zur Truppe zurückkehren konnten. Diese mussten jedoch zum Theil wegen heftiger Kopfschmerzen in der Hitze wieder weggeschickt werden. Auch Epilepsie wurde beobachtet.

Trepanation räth Vortr. bei den im Felde herrschenden Verhältnissen nur bei ungestillter Blutung im Schädelinnern oder bei festgestelltem Hirnabscess unbedingt an.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Möbius, Ueber den Kopfschmerz. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold 1902. 46 Seiten.

Der Verfasser wünscht in der vorliegenden Schrift eine medizinische Plauderei für Laien zu geben, aber auch dem Arzte dabei anregend zu sein. Die Art und Weise, wie er seiner Aufgabe gerecht wird, ist originell, wie Alles was M. schreibt, fordert aber doch an verschiedenen Punkten zum Widerspruch heraus. Als ein besonderer Vorzug muss hervorgehoben werden, dass M. gegen den kritiklosen Gebrauch des Wortes „Kopfschmerz“ zu Felde zieht. Er erblickt als die Ursache desselben die „Kopfschmerzenveränderung“. Wie er diesen Zustand definirt und aus ihm den Begriff des Kopfschmerzes ableitet, das möge man im Original nachlesen. Ob damit viel erreicht wird, steht dahin, immerhin ist der Versuch, Besserung zu schaffen, nur mit Freuden zu begrüssen.

Im zweiten Theile wird die Behandlung besprochen. Da M. auf dem Standpunkte steht, dass die meisten Kopfschmerzen durch chemische Vergiftungen entstehen, ist er ein grosser Freund der medikamentösen Behandlung, des „Gegengiftes“. Hier geht er entschieden zu weit. Abgesehen davon, dass doch auch noch andere Ursachen der Kopfschmerzen vorhanden sind als nur chemische, ist die einseitige Betonung der medikamentösen Therapie gefährlich wegen ihrer Konsequenzen. Die anderen Heilmethoden, speziell die physikalischen, kommen schlecht weg. Sehr schön ist, was M. über die Schwierigkeiten sagt, die der Behandlung von Kopfschmerzen in unserem ganzen Kulturleben, unseren sozialen Verhältnissen entgegentreten, wenn er auch vielleicht die Farben etwas zu schwarz aufträgt.

Das Schriftchen sollte von Jedem gelesen werden, der an einer streng logischen Denk- und Schreibweise Freude hat. Es ist sehr eigenthümlich. Der Arzt wird für die Praxis nicht viel finden, aber es regt zum Nachdenken an und das ist nicht das geringste Lob, das man einem Werke nachsagen darf!

Windscheid-Leipzig.

Matthes, V. M. Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsärztliche Beurtheilung. (Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard von Volkmann, neue Folge, herausgegeben von E. v. Bergmann, Friedrich Müller und F. v. Winckel. No. 322. 22. Heft der 11. Serie. Ausgegeben Dezember 1901.)

Verfasser bespricht zunächst die Art und Weise, wie ein Trauma am Gehirn und seinen Häuten wirken kann und stellt dann den Begriff der eigentlichen traumatischen Spätapoplexie fest: Art der Kopfverletzung, Länge der Zeit zwischen ihr und der Apoplexie sind die beiden Dinge, auf welche die Diagnose zu achten hat. Einige charakteristische Fälle aus der Literatur werden mitgetheilt. Das Trauma an und für sich kann ganz geringfügig sein, selbstredend auch schwerer Natur, auf seine Intensität kommt es nicht weiter an. Der Weg, auf dem dann die Apoplexie eintritt, ist der der Gefässveränderung, es muss der Nachweis des traumatischen Ursprungs der Gefässdegeneration geführt oder die Verschlimmerung eines schon vor dem Unfall vorhanden gewesenen Gefässleidens nachgewiesen werden. Diese Dinge werden näher besprochen und schliesslich die Bedeutung der traumatischen Spätapoplexie für forensische Fälle hervorgehoben, wobei M. sehr zur Vorsicht in Bezug auf Zusammenhang mahnt.

Windscheid-Leipzig.

Gebührenwesen.

Zur Liquidation in Entmündigungssachen.

Zu dem in voriger Nummer erschienenen Artikel des Dr. Schultze-Andernach zur Liquidation in Entmündigungssachen erlaube ich mir einen kleinen Beitrag zu liefern, aus dem hervorgeht, dass nicht nur die Zahl der gemachten Vorbesuche beanstandet werden kann, sondern auch die Vornahme nur eines einzigen Vorbesuchs.

Ich hatte am 14. März d. J. von dem Amtsgericht V. eine Ladung erhalten, wonach ich als Sachverständiger in einem Entmündigungstermin vernommen werden sollte; alle näheren Angaben über den Zustand des zu Entmündigenden fehlten. Nach der Bestimmung des Runderlasses vom 28. April 1877, dass die Sachverständigen sich von dem Gemüthzustande der fraglichen Personen vor dem Vernehmungstermine durch Besuche des zu Entmündigenden u. s. w. die erforderliche Kenntniss zu verschaffen haben, machte ich am 14. einen Vorbesuch, die Auszahlung der hierfür geforderten Gebühren wurde mir aber trotz mehrfacher Gegenvorstellungen verweigert. Als Grund hierfür wurde von dem Amtsgericht angegeben, dass nur die Vernehmung des S. unter Zuziehung eines Sachverständigen gem. § 654 Z. Pr. O. angeordnet worden sei, das Gericht habe bei der Einfachheit der Sachlage beabsichtigter Weise von Anordnung eines Vorbesuches Abstand genommen

und würde, wenn nöthig, die Vornahme eines Vorbesuches veranlasst haben; wenn der Sachverständige einen solchen für nöthig erachtet hätte, so würde eine Anfrage bei Gericht Klarheit geschafft haben.

Die hieraufhin von mir bei der Zivilkammer des Landgerichts S. eingelegte Beschwerde wurde für begründet erachtet; der Beschluss lautet folgendermassen:

Aus der Ladung am 13. März 1902 ergiebt sich in keiner Weise, dass der Geladene nur zur Vernehmung des Entmündigten gemäss § 654 Z. Pr. O. als Sachverständiger zugezogen werden sollte, vielmehr besagt der Wortlaut der Ladung dass der Beschwerdeführer zum Sachverständigen ernannt sei und zu seiner Vernehmung auf Anordnung des Amtsgerichts V. zu dem eben angegebenen Termine geladen werde.

Aus dem Worte „Vernehmung“ musste der Geladene entnehmen, dass er im Termine ein Gutachten erstatten solle. Da der Sachverständige, wie er angiebt, ohne jegliche Kenntniss der Sachlage war, die zwischen Ladung und Termin liegende Frist auch so kurz bemessen war, dass er befürchten konnte, durch einen weiteren mit Rückfragen an das Amtsgericht nothwendig verbundenen Zeitverlust der Sache zu schaden, so muss seine Entschliessung, sich die für sein Gutachten nothwendigen Grundlagen durch einen Vorbesuch bei dem Anton S. zu verschaffen, als durchaus im Interesse der Sache liegend angesehen werden. Sein Verfahren entspricht auch der für ihn bestehenden Instruktion, Runderlass des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 28 April 1887. Wollte das Amtsgericht einen Vorbesuch vermeiden, so hätte es klarer in der Ladung zum Ausdruck bringen müssen, zu welchem Zwecke die Vorladung erfolgte und ev. dass ein Vorbesuch nicht erforderlich sei.

Hiernach erscheint die Beschwerde begründet. Dem Sachverständigen waren daher für den nach Lage der Sache erforderlichen Vorbesuch Tagegelder und Diäten festzusetzen.“

Med. Rath Dr. Schubert,
Kreisarzt in Saarbrücken.

Tagesgeschichte.

Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Ein bemerkenswerther Erlass, betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose ist unter dem 14. Juli d. J. in Oesterreich von dem Ministerium des Innern nach den Anträgen des obersten Sanitätsraths ergangen.

Einleitend betont der Erlass, dass er bei der Durchführung der Massnahmen auf die bereitwillige verständnissvolle Mitwirkung der verschiedenen Behörden, Verwaltungen, Korporationen u. s. w., vor Allem aber auch auf die eifrige Unterstützung aller die Praxis ausübenden Aerzte angewiesen ist. Nach einer kurzen Darstellung der verschiedenen Verbreitungswege der Tuberkulose wendet sich der Erlass zu den Massnahmen der Verhütung, die als obligatorische und empfehlenswerthe unterschieden werden. Der die obligatorischen Massnahmen betreffende Theil des Erlasses hat folgenden Wortlaut:

Obligatorische Massnahmen.

a) Allgemeiner Art.

Bei jeder Erkrankuug an Tuberkulose ist es Pflicht der Pfleger des Kranken und dieses selbst, den infektiösen Hustenauswurf und etwaige andere tuberkulöse Ausscheidungen (Geschwürsekret) zuverlässig unschädlich zu machen und hierdurch die Weiterverbreitung der Tuberkelkeime hintanzuhalten.

Zu diesem Zwecke sind nachstehende Verhaltungsmassregeln unbedingt zu beobachten:

Sobald ein Erkrankungsfall beim behandelnden Arzte den Verdacht auf Tuberkulose erweckt, ist die mikroskopisch-bakteriolgische Untersuchung der diagnostisch wichtigen Exkrete thunlichst bald zu veranlassen.

Ist die Tuberkulose konstatirt, so ist nach Thunlichkeit Sorge zu tragen, dass dem Kranken — unbeschadet der humansten Pflege — ein abgesonderter Schlafraum, jedenfalls aber ein eigenes Lager, eigene Bett- und Leibwäsche, eigene Kleidung, eigene Wasch und Speiserequisiten beigestellt werden.

Das Sputum des Kranken darf fortan in und ausser dem Hause, worauf der Arzt mit dem ganzen Nachdrucke seiner Autorität zu dringen hat, nur in hierzu bereitzuhaltende Aufnahmebehälter (Spucknäpfe, -Schalen, -Fläschchen u. dergl.) — unter Vermeidung des Ausspuckens auf den Boden oder in das zur Reinigung der Nase bestimmte Taschentuch — beseitigt werden.

Beim Husten hat sich der Kranke nach Weisung des Arztes geeigneter, vor den Mund zu nehmender Schutzvorlagen zu bedienen, um das Versprühen des Sputums zu vermeiden.

Diese und alle mit tuberkulösen Infektionsstoffen verunreinigten Gebrauchsgegenstände sind, insofern sie nicht, wie z. B. Verbandstoffe, wegen Werthlosigkeit sofort verbrannt werden können, bei Vermeidung jeder Manipulation, durch welche — wie beim gewaltsamen Enfalten geballter Schnupftücher — eingetrocknete Verunreinigungen verstäuben könnten, durch Auskochen, eventuell Desinfektion im Wasserdampfe oder mit chemischen Desinfektionsmitteln für den weiteren Gebrauch unschädlich zu machen.

Das Auskehren der Räume, in denen sich ein Tuberkelkranker befindet, hat stets auf feuchte Weise zu geschehen.

Das Entstauben von Staubtüchern durch Fenster oder andere Oeffnungen auf die Strasse ist allgemein polizeilich zu verbieten; die Entstäubung soll womöglich in einen zweckmässigen Kehrichtbehälter stattfinden, und der Kehricht verbrannt werden.

Die Leib- und Bettwäsche der Tuberkulösen ist mittelst Auskochens in Lauge oder Sodalösung oder Einlagerung in kalte zehnfach verdünnte Kresolseifenlösung durch 24 Stunden vor dem Waschprozesse zu desinfiziren.

Im Falle des Abganges eines tuberkulösen Kranken aus seiner Wohnung in Spitalspflege, beziehungsweise überhaupt beim Wechsel der Unterkunft, desgleichen im Falle seines Ablebens sind alle von ihm bisher benützten Gebrauchsgegenstände vor neuerlicher Verwendung durch Andere einer verlässlichen Reinigung und Lüftung an der Sonne, beziehungsweise nach ärztlicher Anordnung der Desinfektion zu unterziehen, und ist die von ihm verlassene Wohnung vor neuerlicher Benützung an Wänden und Fussboden gründlich zu reinigen und nach ärztlicher Anorduung gleichfalls zu desinfiziren.

Zur Pflege der Tuberkulösen sollen nur solche Personen verwendet werden, welche weder an Tuberkulose leiden, noch hierzu in evidenter Weise disponirt sind.

Das Pflegepersonal, beziehungsweise die Angehörigen des tuberkulösen Kranken sind vom behandelnden Arzte mit genauen Weisungen zu versehen, wie sie den Kranken in sanitätsgemässer Weise zu pflegen und sich selbst vor Ansteckung zu schützen haben. Insbesondere ist ihnen aufzu-

tragen, dass sie sich, gleich wie die Aerzte, nach einer etwaigen Verunreinigung der Hände oder anderer blosser Körpertheile oder der Bekleidung durch tuberkulöse Ausscheidungen mit einer geeigneten Desinfektionsflüssigkeit reinigen, während der Hustenanfälle der Patienten nicht überflüssiger Weise den Körper in den Bereich der versprühten Schleimbläschen bringen oder sich vor deren Einathmung durch Bedecken von Mund und Nase schützen und sich der grössten persönlichen Reinlichkeit befleissigen.

Um bei der Bekämpfung der Tuberkulose wirkliche Erfolge zu erzielen, ist es nothwendig, dass alle betheiligten Personen, Kranke und Gesunde, in strengster Selbstdisziplin die Anordnungen des Arztes befolgen, beziehungsweise deren Befolgung selbst überwachen. Es ist nothwendig, dass Jedermann die Ueberzeugung erlange, dass ein auf den Boden entleertes Sputum eines Tuberkulösen eine Gefahr für ihn selbst enthalte, und dass er demgemäss ein Interesse und eventuell die Pflicht habe, Derartiges hintanzuhalten. Jedermann muss aber auch darauf achten, dass er nicht selbst Anderen ein schlechtes Beispiel gebe, und sich daher des Spuckens auf den Boden enthalten. Anderseits muss der Tuberkulöse erinnert werden, dass er vermeiden müsse, durch sorgloses Ausspucken eine Gefahr für die Anderen zu sein und er wird es vermeiden, sobald man ihn aufmerksam gemacht haben wird, dass die ersten Opfer seiner Unachtsamkeit die Mitglieder seiner Familie und die Personen seiner unmittelbaren Umgebung sein könnten.

Da es evident ist, dass die verbreitete Gewohnheit des Ausspuckens auf den Boden eine ebenso widerwärtige, als wegen der grossen Zahl der in der Gesellschaft lebenden Tuberkulösen, gefährliche Unsitte ist, muss derselben unablässig mit allen Mitteln entgegengewirkt werden.

Das Ausspucken auf den Boden wirkt minder schädlich auf offenen Strassen und Plätzen. weil die Tuberkelbazillen unter dem Einflusse des Sonnenlichtes und der Austrocknung im Freien bald abgetödtet werden. Um so verderblicher ist dessen Nachwirkung in geschlossenen, von Menschen zum Aufenthalte genommenen oder stark frequentirten Räumen.

Es ist daher dringend nothwendig, diese üble Gewohnheit im Wege der Volkserziehung sowohl durch Geltendmachung des Einflusses aller Gesitteten im öffentlichen Gesellschaftsleben als durch Volksbelehrung und insbesondere durch Unterweisung der Jugend in allen Lehr- und Erziehungsanstalten, sowie durch Anhaltung derselben zur Vermeidung der bezeichneten Unsitte allgemein abzustellen.

Dort, wo den staatlichen oder autonomen Behörden, öffentlichen Körperschaften und Unternehmungen eine unmittelbare Einwirkung auf die Bevölkerung zukommt, wird die Hintanhaltung des bezeichneten Unfuges durch direkte, unbedingte Verbote des Ausspuckens zu erreichen sein. Solche Verbote werden insbesondere bezüglich der öffentlichen Versammlungorte wie z. B. Kirchen, Theater, Museen, Gasthäuser, Tanz- und Vergnügungslokale etc., dann bezüglich der einer Aufsicht oder Einflussnahme der erwähnten Behörden und Körperschaften unterstehenden Anstalten und Unternehmungen, wie z. B. Kanzleien, Schulen, Turnsäle, Spielplätze, Spitäler, Sanatorien, Irren-, Siechen-, Waisen-, Armenhäuser, Krippen, Kinderasyle und dergleichen, dann bezüglich der gewerblichen Betriebsanlagen, insbesondere der Fabriksäle, ferner in Kasernen, Nachtquartieren, Verpflegungsstationen, Gefangenhäuser und Detentionsanstalten und dergleichen, endlich bezüglich der öffentlichen Transportmittel fur den Personenverkehr und der dazu gehörigen Betriebsräume, wie z. B. der Wartehallen auf Eisenbahnstationen, der Personenwagen in Eisenbahnzügen, der Passagierräume auf Dampfschiffen, bezüglich der elektrischen und Pferdebahnen, Postwagen, Omnibusse, Miethwagen u. s. w. zu erlassen sein und ihre Strafsanktion in der kaiserlichen Verordnung vom 20. April 1854, R. G. Bl. Nr. 96, der Verordnung vom 30. September 1857, R. G. Bl. Nr. 198, der Gemeindeordnung, der Gewerbeordnung, der Eisenbahnbetriebsordnung, der Strafgerichtsinstruktion u. s. w. oder anderen besonderen Ordnungsvorschriften finden können.

Zugleich wird jedoch dafür vorgesorgt werden müssen, dass unter Beobachtung der gebotenen Anstandsrücksichten besondere für die Aufnahme des Sputums bestimmte und geeignete Gefässe — zur Hälfte mit feuchtem Desinfektionsmateriale oder Desinfektionsflüssigkeit gefüllt und am zweckmässigsten in einer Höhe von 0,9 Metern angebracht und mit einer entsprechenden Aufschrift versehen — zur Benützung des Publikums dieser Ubikationen bereit gehalten werden.

Selbstverständlich muss zuverlässig vorgesorgt werden, dass der Inhalt dieser Gefässe regelmässig nach Desinfektion in unschädlicher Weise beseitigt, eventuell nach Vermengung mit Torfmull oder Sägespähnen verbrannt, und dass die Gefässe selbst durch Auskochung oder mittelst Karbolwassers (3%iger wässeriger Lösung) oder des Lysitolwassers oder Lysolwassers (2%iger Lösung) gereinigt werden.

Wo immer der behandelnde Arzt bezüglich der Durchführung unumgänglich nothwendiger Massnahmen zur Hintanhaltung der Verbreitung der Tuberkulose auf unbehebbare Hindernisse stösst, ist er verpflichtet, die Mitwirkung der lokalen, eventuell staatlichen Sanitätsbehörde anzurufen.

Insbesondere ist er jedoch verpflichtet, die Anzeige des Bestandes der Tuberkulose in einem Haushalte oder einer Wohngemeinschaft zu machen:

a) im Falle des Ablebens eines tuberkulosen Kranken,

b) beim Wechsel der Wohnung oder Unterkunft des Tuberkulosen.

Zur Ablebensanzeige ist auch der Todtenbeschauer verpflichtet.

Die Anzeigepflicht der Aerzte über das Auftreten der Tuberkulose unter besonderen Verhältnissen wird im spezielle Theile festgesetzt.

b) Spezieller Art.

Diese allgemeinen Grundsätze, deren Geltendmachung **allen Aerzten bei Ausübung ihrer privaten Praxis** zur besonderen Pflicht zu machen ist, werden unter besonderen Verhältnissen eine Spezialisirung und Präzisirung erfahren müssen. Dies ist insbesondere der Fall hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten jeder Art, seien es nun öffentliche oder private.

1. In Heilanstalten.

In Kranken-, Irren-, Gebär-, Findel- und Armenanstalten, Siechenhäusern u. dgl., wo Pflegebedürftige in grösserer Anzahl gemeinsam untergebracht sind, wird der gesonderten Pflege der Tuberkelkranken in licht- und luftreichen, besonders rein zu haltenden, staubfrei zu reinigenden Räumen, der sorgfältigen Schulung des für solche Kranke bestellten Wartepersonales, der Desinfektion aller infizirten Gebrauchsgegenstände und der Unschädlichmachung der tuberkulosen Exkrete die peinlichste Aufmerksamkeit zu widmen, und werden alle Kranken und Pfleglinge zur hygienischen Selbstdisziplin, namentlich in Bezug auf unschädliche Beseitigung des Auswurfs in die ausreichend beizustellenden Spuckgefässe zu erziehen sein.

Es ist darauf zu halten, dass alle zur Hintanhaltung der Verbreitung der Tuberkulose dienlichen Massnahmen in allen Kranken- und Pflegeanstalten in musterhafter Weise zur Geltung gelangen, so dass die Kranken in denselben mit den betreffenden Verhaltungsmassregeln vollständig vertraut werden, und die Spitalskrankenpflege der Tuberkulösen zum Vorbilde der rationellen Privatkrankenpflege dienen könne.

2. In Kurorten und Sommerfrischen.

Desgleichen werden diese allgemeinen Vorschriften in Ansehung der **Kurorte und Sommerfrischen** als Sammelstätten von Heilungs- und Erholungsbedürftigen eine besondere Verschärfung und Ausgestaltung erfahren müssen, namentlich bezüglich solcher Orte, welche von Tuberkulösen zur Wiedererlangung oder Besserung ihrer Gesundheit aufgesucht werden.

Insbesondere ist unbedingt nothwendig, dass mit der Kurordnung oder in eigens zu verlautbarenden Kundmachungen alle jene sanitären Verhaltungsmassregeln angeordnet werden, nach welchen sich sowohl die Kranken selbst, als ihre Begleitung, als auch ihre Wohnungsgeber und Wirthe zum Zwecke der Vermeidung von Infektionsübertragungen zu benehmen haben. Die Kurverwaltungen und Kurgemeinden haben alle jene sanitären Vorkehrungen zu treffen, welche zur Beaufsichtigung und Instandhaltung der Unterkünfte tuberkulöser Kurgäste und zur exakten Handhabung des Desinfektionsdienstes erforderlich sind.

In Kurorten, in welchen rohe Milch oder Milchprodukte als Kurmittel verwendet werden, ist durch die zuständige politische Behörde eine strenge Ueberwachung sowohl dieser Genussmittel selbst, als auch der Stätten ihrer Provenienz zu veranlassen, damit die Verwendung tuberkulöser Thiere von der Milchgewinnung sicher ausgeschlossen werde.

3. In Wohngemeinschaften aller Art.

Auch in **Wohngemeinschaften und Pflegeanstalten jeder anderen Art,** in welchen eine grössere Anzahl von Personen im gemeinsamen Haushalte lebt, wie in Versorgungsanstalten, Asylen, Herbergen, Arbeits-, Korrektions- und Gefangenhäusern etc., insbesondere aber in Instituten und Konvikten für jüngere Personen, dann in geistlichen und weltlichen Gemeinschaften u. dgl., wird eine sorgfältige Anpassung und Ausgestaltung der obigen allgemeinen Vorschriften Platz zu greifen haben.

Insbesondere dürfen zur Pflege der Kinder in Krippen und Kinderbewahranstalten niemals tuberkulöse oder der Tuberkulose auch nur verdächtige Personen zugelassen werden.

Dem Auftreten der Tuberkulose in derlei Gemeinschaften wird von dem mit der Besorgung des ärztlichen Dienstes betrauten Arzte die grösste Aufmerksamkeit zuzuwenden sein, und ist derselbe verpflichtet, im Falle der Konstatirung eines derartigen Erkrankungsfalles dem Anstaltsvorstande sofort die Anzeige zu erstatten und die Mittel darzulegen, welche geeignet sind, die Heilung des Kranken zu ermöglichen und jede Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose abzuwehren. Der Aufsicht führenden Behörde ist über derartige Massnahmen die Anzeige zu erstatten.

Als empfehlenswerthe Massnahmen werden insbesondere Belehrungen der Bevölkerung, populäre Vorträge und Aufsätze, Aufsuchen von Heilanstalten für Tuberkulöse, Vorsicht im Verkehr mit Tuberkulösen, vorbeugende Massnahmen in den Fabrik- und Gewerbebetrieben sowie die sorgfältigste Beobachtung der Massnahmen der allgemeinen und persönlichen Hygiene aufgeführt.

Ein zweiter Abschnitt bezieht sich auf die Heilung der Tuberkulösen und betont vor Allem die Nothwendigkeit der Unterbringung Tuberkulöser in geeigneten Heilstätten oder Tuberkulösen - Asylen und die Bereitstellung dieser Anstalten seitens der Gemeinden, Industrieunternehmungen und Krankenversicherungsanstalten.

Zum Schluss wird den in Frage kommenden Behörden und Körperschaften die sorgfältigste Nachachtung des Erlasses zur besonderen Pflicht gemacht.

Der Erlass bedeutet einen ersten Schritt auf dem Wege der Bekämpfung der Tuberkulose wie wir ihn in Preussen noch immer vermissen, nachdem Amerika, Norwegen und von deutschen Ländern Baden, Sachsen, Sachsen-Meiningen, sowie einzelne Bezirke und Städte vorangegangen. Insbesondere ist es die Anzeigepflicht, die im Falle des Ablebens eines tuberkulösen Kranken wie beim Wechsel der Wohnung oder Unterkunft der Tuberkulösen den Aerzten vorgeschrieben ist, die Behandlung des Auswurfs und die Desinfektion der Wohnungen Tuberkulöser, die als Erfolg versprechende Massnahmen besonders erwähnenswerth sind, und von deren sachgemässer Durchführung das Ziel einer fortschreitenden Tilgung der Seuche abhängen wird. E. R.

Das Süssstoffgesetz.

Am 1. April 1903 tritt das Süssstoffgesetz vom 7. Juli 1902 in Kraft, durch welches die Herstellung, Einführung und Feilhaltung aller auf künstlichem Wege gewonnenen Stoffe, die als Süssmittel dienen können und eine höhere Süsskraft als raffinirter Rohr- oder Rübenzucker, aber nicht entsprechenden Nährwerth besitzen, an bestimmte Bedingungen gebunden wird.

Die Erlaubniss zur Herstellung oder Einführung der Süssstoffe wird nur bestimmten Personen ertheilt, deren Geschäftsbetrieb amtlich überwacht wird, unter Vorschreibung bestimmter Höchstpreise.

Von der Fabrik bezw. vom Importgeschäft direkt darf der Süssstoff nur abgegeben werden: 1. zu wissenschaftlichen Zwecken, 2. an Gewerbetreibende zur Herstellung von Waaren, die aus bestimmten Gründen keinen Zucker enthalten dürfen, 3. an Kranken-, Kuranstalten u. dgl., 4. an Wirthe solcher Wirthschaften in Kurorten, deren Besuchern ärztlich der Genuss von Zucker untersagt ist, 5. an Apotheker.

Die Apotheker dürfen Süssstoff an das Publikum nur unter bestimmten vom Bundesrath zu erlassenden Bestimmungen abgeben.

---

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

21.—27. September 1902.

Soweit die Tagesordnung bisher festgestellt ist, werden folgende Vorträge für den Aerztlichen Sachverständigen besonders wichtig sein.

14. Abtheilg. (Innere Medizin u. s. w.):

Adler-Prag: Zur Diagnose des Typhus abdominalis.
Paul am Ende-Dresden: Das Schulbrausebad und seine Wirkungen.
Goldmann-Brennberg: Die Anchylostomiasis.
v. Jaksch-Prag: Ueber die im Manganbetriebe vorkommenden nervösen Störungen.
Ponfick-Breslau: Pylethrombose und Trauma.

Borchard-Posen: Seltenere Folgezustände nach schweren Schädelverletzungen. **Frhr. v. Lesser**-Leipzig: Luxation des os lunatum carpi. **Schloffer**-Prag: Ueber embolische Verschleppung von Projektilen. **Stolper**-Breslau: Ueber Beckenbrüche. **Vulpius**-Heidelberg: Sehnenüberpflanzung und Arthrodese.	16. Abtheilg. (Chirurgie).
Ganghofner-Prag und **Richter**-Wien: Plötzliche Todesfälle im Kindesalter.	18. Abtheilg. (Kinderheilkunde).
Löwenthal-Braunschweig: Die objektiven Symptome der Neurasthenie.	19. Abtheilg. (Neurologie und Psychiatrie).
Zaufal-Prag: Ueber Entstehungs- und Heilungsvorgänge bei traumatischen Rupturen.	21 b. Abtheil. (Ohren und Nasenkrankheiten).
Dittrich-Prag: Ueber Verletzungen und Tod durch Ueberfahrenwerden vom forensischen Standpunkte. **Ipsen**-Innsbruck: Pankreasblutung in ihrer Beziehung zum Tode Neugeborener. **Kratter**-Graz: Ueber den Werth der biologischen Reaktion zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. **Liniger**-Bonn: Bauchbrüche und Unfall. **Richter**-Wien: Neuere Methoden des forensischen Blutnachweises. **Schäffer**-Bingen a. Rh.: Zur Pathologie der posttraumatischen Rückenmarkserkrankungen.	25. Abtheilg. (Gerichtl. Medizin).
Langer-Prag: Uebertragung pathogener Bakterien durch niedere Thiere, bedingt durch deren Entwicklungsgeschichte. **Schrank**-Wien: Schaffung eines internationalen Gesetzes gegen die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. **Spaet**-Bamberg: Lebensgefährdung in der Stadt und auf dem Lande. **Wey**-Berlin: Fortschritte der Strassenhygiene.	26. Abtheilg. (Hygiene u. Bakteriologie).

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 14. Juli 1902 betr. den Vermerk der Gewichtsmengen der verordneten Bestandtheile der Arznei auf der Signatur.

In Ergänzung des § 31 der Neuen Apothekenbetriebsordnung wird hervorgehoben, dass auf der Signatur auch die Gewichtsmengen der Arzneibestandtheile anzugeben sind.

— — vom 28. Juni 1902 betr. Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Der Medizinalminister ordnet an, dass für jeden Regierungsbezirk Polizeiverordnungen nachstehenden Inhalts erlassen werden sollen. 1. Personen, welche, ohne approbirt zu sein, die Heilkunde gewerbsmässig ausüben wollen, haben dies vor Beginn des Gewerbebetriebes demjenigen Kreisarzte, in dessen Amtsbezirk der Ort der Niederlassung liegt, unter Angabe ihrer Wohnung zu melden und gleichzeitig demselben die erforderlichen Notizen über ihre Personalverhältnisse anzugeben. Personen, welche bereits zur Zeit die Heilkunde ausüben, haben die vorbezeichnete Meldung und Angabe binnen 14 Tagen nach dem Inkrafttreten dieser Polizeiverordnung zu bewirken. 2. Die in No. 1 bezeichneten Personen haben dem zuständigen Kreisarzte auch einen Wohnungswechsel innerhalb 14 Tagen nach dem Eintritt desselben, sowie die Aufgabe der Ausübung der Heilkunde und den Wegzug aus dem Bezirke zu melden. 3. Oeffentliche Anzeigen von nicht approbirten Personen, welche die Heilkunde gewerbsmässig ausüben, sind verboten, sofern sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge dieser Personen zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten. 4. Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, ist verboten, wenn a) den Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irregeführt oder belästigt wird, oder wenn b) die Gegenstände, Vorrichtungen, Methoden oder Mittel ihrer Beschaffenheit nach geeignet sind, Gesundheitsbeschädigungen hervorzurufen. 5. Zuwiderhandlungen gegen die vorstehenden Vorschriften werden, soweit in den bestehenden Gesetzen nicht eine höhere Strafe vorgesehen ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mark oder mit entsprechender Haft bestraft.

— — vom 5. Juli 1902 betr. die Bedingungen für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung.

Das Zeugniss der Reife für die Prima einer Oberrealschule genügt nicht für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung.

— — vom 25. Juni 1902 betr. Kontrole der Seeschiffe aus asiatischen Häfen wegen Choleragefahr.

Bekanntmachung vom 22. Juli 1902 betr. wechselseitige Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten.

Die Polizeibehörden sind verpflichtet, den Militärbehörden mitzutheilen: jeden Fall von Aussatz, Unterleibstyphus (auch verdächtige Fälle), Genickstarre, Rückfallfieber; jeden ersten Fall von Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken sowie jeden ersten auf diese Krankheiten verdächtigen Fall; jedes gehäufte Auftreten von Ruhr, Diphtherie, Scharlach und Körnerkrankheit. Die gleiche Mittheilungs-Verpflichtung besteht für die Militärbehörden gegenüber den Polizeibehörden.

Erlass vom 11. Juli 1902 betr. die Verhältnisse des Pflegepersonals in den Krankenanstalten.

Auf Grund der vielfachen Klagen in der Presse und im Parlament über die Verhältnisse der genannten Personen hat der Minister Erhebungen angestellt, die allerdings zum Theil Unrichtigkeit, zum Theil Uebertreibung der geführten Beschwerden ergeben haben. Immerhin erachtet er es als nothwendig, den Regierungspräsidenten besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich etwa vorhandener Missstände in der Befähigung und Ausbildung, der dienstlichen Anstrengung, der Fortbildung, Besoldung, Verpflegung, Alters- und Invaliditätsversorgung der Pfleger und Pflegerinnen zur Pflicht zu machen. Auf Mängel der bezeichneten Art sollen besonders auch die Kreisärzte bei ihren Revisionen achten. Falls die Mängel auf ungenügendem Einfluss des ärztlichen Elements in der Krankenhausverwaltung zurückzuführen sind, sollen die Regierungspräsidenten auf Stärkung dieses Einflusses hinwirken.

Erlass vom 28. Juni 1902, betr. Berichterstattung über die Privat-Kranken- und Entbindungsanstalten.

Der Runderlass vom 2. März 1900 wird in Erinnerung gebracht mit der Massgabe, dass dem zum 1. Januar 1903 fälligen Bericht eine Zusammenstellung sämmtlicher Heilanstalten, einschliesslich der Lungenheilstätten, Sanatorien, Unfallstationen, Rettungswachen, Lichtheilanstalten u. s. w. beizufügen ist.

Bekanntmachung vom 18. Juni 1902 betr. Aenderungen der Eisenbahnverkehrsordnung.

Neue Bestimmungen über die Beförderung von Leichen.

— — vom 24. Juni 1902 betr. Verwendung jugendlicher Arbeiter in Hechelräumen u. dergl.

— — vom 10. Juli 1902 betr. das Gesetz über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900.

Ergänzende Bestimmungen über die der amtlichen Untersuchung unterliegenden Thierarten, über die bei der Einfuhr frischen Fleisches zu beobachtenden Massregeln u. s. w.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. № 17. Ausgegeben am 1. September.

Inhalt:

Die Aufgaben der Desinfektion und ihre Durchführung.

Von
Prof. Dr. M. Kirchner,
Geh. Ober-Medizinalrath.

Die Zeiten sind bekanntlich gar nicht so lange vorüber, in denen man von dem Wesen und der Verbreitung der Infektionskrankheiten noch sehr mangelhafte Kenntnisse hatte. Studien, wie diejenigen des Jesuitenpaters Athanasius Kircherus, der in den siebziger Jahren des 17. Jahrhunderts als Erster Mikroorganismen beschrieb, und des Delfter Privatgelehrten Antony van Leeuwenhoek, der Anfangs des 18. Jahrhunderts mit Hilfe seiner noch unvollkommenen Linsen Bakterien entdeckte, waren Lichtblitze in einer dunkeln Nacht, die ohne Folgen blieben. Selbst einem Henle, der in den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die Nothwendigkeit der Annahme belebter Krankheitskeime treffend begründete, gelang es weder dieselben nachzuweisen noch die wissenschaftliche Welt von der Richtigkeit seiner Anschauungen zu überzeugen. Erst den bahnbrechenden Arbeiten von Louis Pasteur und Robert Koch und dem Bienenfleiss ihrer zahlreichen Schüler ist es zu danken, dass die belebte Natur der Krankheitsgifte heute als eine allgemein anerkannte Thatsache gilt. Auch Diejenigen, welche zwar die Krankheitskeime als belebte Mikroorganismen nicht mehr leugnen können, sie aber, von der wunderlichen Theorie des Nosoparasitismus befangen, nicht als Ursache, sondern als Folge- und Begleiterscheinungen der Krankheit hinstellen möchten, werden bald genug ausgestorben sein.

Von einer Uebersetzung unserer theoretischen Kenntnisse in die Praxis der Seuchenbekämpfung sind wir jedoch auch heute bedauerlicher Weise noch weit entfernt.

Zwar haben wir im Reich seit dem 30. Juni 1900 in dem „Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“, welches von Leuten, die seine Bedeutung nicht erkannt haben, befremdlicher Weise durch die Bezeichnung als „kleines Seuchengesetz“ in dem Urtheil der Aerzte herabgesetzt wird, ein Gesetz, welches den Ergebnissen der neueren Forschung auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten voll Rechnung trägt und sich je länger desto mehr als eine schneidige Waffe in der Hand befähigter Amtsärzte bewähren wird. Auch ist gegründete Hoffnung vorhanden, dass in Preussen das seiner Zeit treffliche, aber nunmehr veraltete Regulativ vom 8. August 1835 durch ein, auf modernen Anschauungen fussendes Seuchengesetz ersetzt werden wird. Aber der Erkenntniss darf man sich doch nicht verschliessen, dass noch manche Aenderung wird eintreten müssen,

ehe die erfolgreiche Durchführung dieser beiden Gesetze möglich sein wird.

Es ist nicht meine Absicht, alle die sanitären Mängel, deren Bestehen eine wirksame Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten erschwert oder unmöglich macht, aufzuzählen oder auch nur anzudeuten. Ich möchte nur auf eins hinweisen, dessen wir im Rüstzeug gegen die Seuchen nicht entrathen können, nämlich das Desinfektionswesen, das in den Städten noch vielfach, auf dem Lande aber wohl überall von einem wünschenswerthen Zustande noch weit entfernt ist.

Das Reichsseuchengesetz bestimmt in § 19: „Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, dass sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden". Der Bekanntmachung, betreffend die vorläufigen Bestimmungen zur Ausführung des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 6. Oktober 1900, ist als Anlage 1 eine „Desinfektionsanweisung bei Pest" beigegeben, die unter I f von den Anforderungen, welche an Dampfapparate zu stellen sind, und von der Nothwendigkeit ihrer Bedienung durch „wohlunterrichtete Desinfektoren" spricht. Wenn man aber eine Zusammenstellung derjenigen Orte im Deutschen Reiche machen wollte, welche wirklich im Besitz von Dampfapparaten oder gar von wohlunterrichteten Desinfektoren sich befinden, so würde das Ergebniss derselben sehr wenig befriedigend ausfallen.

Dank der Thatkraft der Feuerpolizei giebt es keine Gemeinde und keinen Gutsbezirk, in denen nicht eine Feuerspritze und ein Spritzenhaus zu finden wären. Da, wo die Mittel zur Unterhaltung einer Berufsfeuerwehr nicht vorhanden sind, bestehen freiwillige Feuerwehren, an deren Arbeiten sich die Einwohner mit Mann und Ross, zuweilen recht unfreiwillig, betheiligen müssen. Brände sind ja auch eine recht unerwünschte Sache, sie bedingen immer erhebliche materielle Einbussen und haben nicht selten Verluste an Menschenleben im Gefolge. Und doch, was will das gegen die Wunden bedeuten, welche jahraus jahrein die übertragbaren Krankheiten dem Leben und dem Vermögen breiter Schichten der Bevölkerung schlagen!

Trotzdem findet man gegenüber den übertragbaren Krankheiten in den meisten Gemeinden keinerlei Schutzvorrichtungen. Und doch raffen sie allein in Preussen jährlich mehrere Hunderttausende von Menschenleben dahin! Und doch kann man den Verlust an Geld, welchen allein der Unterleibstyphus jährlich der Bevölkerung Preussens verursacht, auf mindestens 5 Millionen Mark berechnen!

Dies ist ein arges und auf die Dauer unerträgliches Missverhältniss, welches dringend einer Aenderung bedarf, einer Aenderung, welche zwar nicht zwangsweise und mit einem Schlage, aber, wenn auch mit thunlichster Schonung der örtlichen Verhältnisse, doch zielbewusst und mit zäher Konsequenz herbeigeführt werden muss.

Die Organe, denen diese eben so schwierige wie dankbare Aufgabe zufällt, sind die Kreisärzte.

Die „Dienstanweisung für die Kreisärzte" vom 23. März 1901 bestimmt in § 67 (S. 32): „Der Kreisarzt hat sich die Ausbildung des Desinfektionswesens angelegen sein zu lassen. Er hat die Desinfektoren auf Erfordern vor ihrer Bestellung einer Prüfung zu unterziehen u. s. w."

Die „Ausbildung des Desinfektionswesens" ist durch die Heranziehung, Prüfung und Ueberwachung von Desinfektoren, so wichtig diese auch ist, nicht erschöpft, es gehört dazu noch mehr: die Erziehung der Bevölkerung zum Verständniss dessen, was die Desinfektion bezweckt und leistet, die Anleitung zu einer wirksamen und dabei möglichst wohlfeilen Ausführung der Desinfektion, die Sorge für Beschaffung von Desinfektionsapparaten und für die Erhaltung derselben in brauchbarem Zustande, die Kontrole der Durchführung der Desinfektion bei allen übertragbaren Krankheiten u. s. w.

Bei diesen Bemühungen hat der Kreisarzt die Unterstützung des Gesetzes zur Seite. Das Reichsseuchengesetz bestimmt in § 23: „Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten nothwendig sind, zu treffen." Dass zu diesen Einrichtungen auch der Ausbau des Desinfektionswesens nach allen Richtungen hin gehört, kann einem Zweifel nicht unterliegen.

Es wäre aber meines Erachtens nicht gerathen, wenn der Kreisarzt in jedem Falle sofort den Regierungspräsidenten darum angehen wollte, auf Grund des Gesetzes gegen die Gemeinden oder Kreise vorzugehen. Politisch klüger, weil wirksamer, ist es, wenn er besonders überzeugende Einzelfälle von Epidemieen, die ja leider in keinem Orte oder Kreise fehlen, benutzt, um den massgebenden Stellen klar zu machen, wie gering im Vergleich zu den Kosten, welche diese Unfälle im Gefolge haben, die Ausgaben für den zweckmässigen Ausbau des Desinfektionswesens sich stellen würden, Ausgaben, die ausserdem den Vortheil hätten, durch Verhütung der Uebertragung von Krankheiten eine dauernde Quelle von Ersparnissen darzustellen. Ist der Hinweis auf die Thränen der Mütter und Wittwen und die Lücken in den Familien, welche Todesfälle an übertragbaren Krankheiten verursachen, vergeblich, so wird der Appell an den Geldbeutel in der Regel seine Wirkung nicht verfehlen.

Bei seinen Bemühungen um die Ausbildung des Desinfektionswesens wird sich der Kreisarzt wichtige Bundesgenossen sichern, wenn er keine Gelegenheit unbenutzt lässt, die Aerzte und Hebammen, die Geistlichen und Lehrer seines Kreises in unauffälliger Weise auf die Nothwendigkeit der Desinfektion und die zweckmässigste Art ihrer Durchführung hinzuweisen.

Will man die Desinfektion zu einer wirksamen gestalten, so muss man sich vor Allem Eins gegenwärtig halten, was selbst von Aerzten nicht genügend beherzigt wird: dass die Krankheitskeime nicht nur ausserhalb des Kranken vorkommen und daher auch z. B. an seiner Wohnung haften können, sondern dass vor allem der Kranke selbst sie, so lange die Krankheit dauert, in sich beherbergt und unaufhörlich um sich verbreitet; dass daher eine einmalige Desinfektion bei der Genesung oder dem Tode des Kranken nicht genügt, sondern dass die Desinfektion während der ganzen Dauer der Krankheit stattfinden und geradezu einen Theil der Krankenpflege ausmachen muss.

Die Thatsache, dass Milzbrandsporen unbegrenzt, Tuberkelbazillen Monate, Typhusbazillen Wochen, Cholerabakterien Tage lang ausserhalb des menschlichen Körpers sich lebens- und ansteckungsfähig halten können, hat verwirrend gewirkt und die Aerzte dazu verführt, die Gefahr der ausgeschiedenen Krankheitskeime zu über-, die Gefahr des Kranken selbst aber zu unterschätzen.

Es ist richtig, dass der Staub in Wohnungen, in denen Tuberkulöse sich aufgehalten haben, die Tuberkulose auf Gesunde übertragen kann; ich habe dafür selbst Beweise veröffentlicht. Viel gefährlicher aber als der Staub, in dem doch nur ausgetrocknete Bazillen enthalten sind, ist der an frischen Bazillen reiche Auswurf, sind die zahlreichen, bazillenhaltigen Schleimtröpfchen, die, wie C. Flügge gezeigt hat, der Kranke beim Husten, Räuspern, Niessen und Sprechen um sich verbreitet.

Es ist eine Erfahrungsthatsache, dass die Cholera, der Unterleibstyphus, die Ruhr durch das Wasser von Brunnen und Leitungen, in welches etwas von den Entleerungen der Kranken hineingelangte, verbreitet werden können, ja häufig in Gestalt schwerer Epidemieen verbreitet werden. Viel häufiger aber verbreiten sich diese Krankheiten, was selbst von den beamteten Aerzten vielfach nicht genügend berücksichtigt wird, von Person zu Person bei den zahlreichen Berührungen zwischen Kranken und ihrer Umgebung, welche während der zuweilen recht langen Dauer des Krankenlagers unvermeidlich sind.

Es giebt aber Krankheiten, welche wahrscheinlich nur der Kranke selbst auf Andere übertragen kann. Dahin gehören z. B. Pocken, Fleckfieber, Influenza, Scharlach, Masern und Rötheln. Dass die Hautfetzen von Scharlachrekonvaleszenten und die Hautschüppchen von Masernrekonvaleszenten die Krankheit übertragen können, kann man wohl als eine veraltete, heute nicht mehr haltbare Anschauung bezeichnen. Jedenfalls sind diese Kranken auf der Höhe der Krankheit, ja vielleicht schon im Inkubationsstadium für ihre Umgebung viel gefährlicher, als zu einer Zeit, wo die Krankheitskeime in ihrem Körper offenbar abgeschwächt oder vielleicht schon abgestorben sind.

Ich möchte nicht dahin missverstanden werden, als hielte ich die Schlussdesinfektion nach dem Erlöschen der Krankheit oder nach dem Tode des Kranken für überflüssig. Damit würde ich zahlreichen Erfahrungsthatsachen ins Gesicht schlagen. Aber ich halte es für angezeigt, mit Nachdruck zu betonen, dass der wichtigste Theil der Desinfektion derjenige ist, welcher während der Erkrankung stattfindet. Allerdings darf man sich der Erkenntniss nicht verschliessen, dass bei dieser Auffassung eine planmässige Durchführung der Desinfektion erheblich schwieriger ist, aber auch erheblich aussichtsvoller, als bei der früheren Anschauung.

Denn es genügt nicht mehr, wie vielleicht früher, dass der Arzt den Angehörigen nach Beendigung der Krankheit beim Abschiede sagt, sie möchten nicht vergessen, desinfiziren zu lassen, ein Rath, der häufig genug nicht einmal befolgt wurde. Vielmehr darf der Arzt, der Infektionskrankheiten rationell behandeln will, sich die Mühe nicht verdriessen lassen, gleich am ersten Tage, an dem er die Diagnose gestellt hat, auch genaue Anweisungen für die Desinfektion zu geben und dieselben nicht nur bei jeder Visite zu wiederholen, sondern auch ihre Durchführung zu zeigen und zu überwachen, vor Allem aber die Angehörigen und Pflegepersonen des Kranken sorgfältig darüber zu unterrichten, wie sie sich vor Ansteckung in wirksamer Weise schützen können.

Ich habe absichtlich gesagt, dass der Arzt diese Verhaltungsmassregeln zu ertheilen habe, sobald er die Diagnose stellt, um daran zu erinnern, dass diese Massregeln nicht schematisch gegeben, sondern der Art der Krankheit genau angepasst werden müssen. Die Desinfektionsmassregeln müssen andere sein, je nach der Dauerhaftigkeit der Krankheitskeime und nach den Ausscheidungen des Kranken, mit denen sie zu Tage gefördert werden; sie müssen andere sein bei Tuberkulose, bei der der Auswurf, bei Cholera, bei welcher die Stuhlentleerungen, bei Unterleibstyphus, bei dem Koth und Harn die Krankheitskeime enthalten, u. s. w.

Je nach der Krankheit verschieden darf jedoch nur die Anwendung der Desinfektionsmethoden sein, die Desinfektionsmethoden selbst dagegen sollten so wenig zahlreich und so einfach als möglich sein, weil sonst die Aerzte, Pfleger und Angehörigen der Kranken nur verwirrt werden würden.

Diesem Grundsatze hat die oben erwähnte „Desinfektionsanweisung bei Pest“, welche aus den Berathungen des Reichsgesundheitsrathes hervorgegangen ist, und nach deren Analogie auch Anweisungen für die übrigen gemeingefährlichen Krankheiten werden erlassen werden, bewusst Rechnung getragen, indem sie die Zahl der Desinfektionsmittel beschränkt und ihre Anwendungsweise möglichst vereinfacht hat. Verdünntes Kresolwasser (2½ Prozent), Karbolsäurelösung (3⅓ Prozent), Chlorkalklösung (2 Prozent), Kalk in Gestalt von Kalkmilch (20 Prozent) und Kalkbrühe (2 Prozent), heisse Kaliseifenlösung (3⅓ Prozent) und Dämpfe von Formaldehyd sind die einzigen chemischen Desinfektionsmittel, welche empfohlen werden, neben denen noch die Hitze in Gestalt des Kochens und des strömenden Wasserdampfes in Betracht kommt. Wenn es in der Desinfektionsanweisung auch ausdrücklich als zulässig bezeichnet wird, „dass seitens der beamteten Aerzte unter Umständen auch andere in Bezug auf ihre desinfizirende Wirksamkeit erprobte Mittel angewendet werden“, so kann ich doch im Interesse der Wirksamkeit der Desinfektion nur dringend rathen, sich in der Praxis möglichst auf die wenigen genannten Mittel zu beschränken, auf ihre Anwendung aber sich und die in Betracht kommenden Personen möglichst einzuüben. Sonst kann es vorkommen, dass man im geeigneten Moment sich erst auf das Desinfektionsverfahren besinnen muss, wodurch der Schein der Unsicherheit entsteht, oder gar ein unzweckmässiges Verfahren empfiehlt, was unter Umständen unangenehme Folgen haben kann. Wenn ein Arzt z. B. Chlorkalklösung zur Desinfektion von Wäsche empfiehlt, so kann dies weder für die Wäsche, noch für seine ärztliche Autorität von Vortheil sein. Durch eine weise Beschränkung auf einige sorgfältig erprobte Desinfektionsverfahren vergiebt sich übrigens der Arzt nichts. Hat sich doch auch in der Armee zum Nutzen der Verwundeten und keineswegs zum Schaden der Militärärzte die Praxis eingebürgert, im Felde nur eine einzige Verbandmethode, diese aber um so besser zur Anwendung zu bringen.

Der Arzt sollte selbst in wohlhabenden Familien die Desinfektionsmittel der Kostenersparniss halber nicht in gebrauchsfertigem Zustande, sondern in Substanz aus der Apotheke verschreiben und den Angehörigen des Kranken die Herstellung der erforderlichen Verdünnungen und ihre Anwendung selbst zeigen. Er wird dadurch sicherlich nicht an Ansehen verlieren, dafür aber sicher sein dürfen, dass die Desinfektion sachgemäss ausgeführt wird.

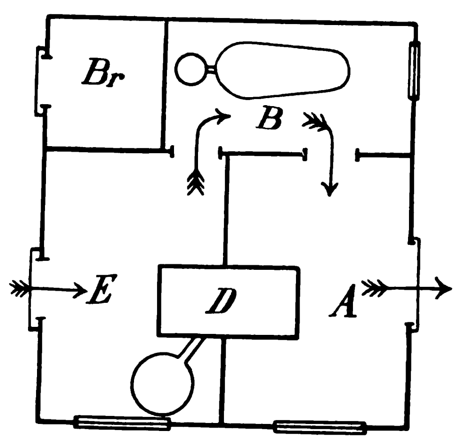
Um die so nothwendige fortlaufende Desinfektion am Krankenbett zu erleichtern, sollten die Gemeinden und Krankenkassenvorstände Vereinbarungen mit Apotheken auf Lieferung von Desinfektionsmitteln in gebrauchsfertigem Zustande gegen Engrospreise schliessen und gestatten, dass die Armenärzte dieselben mittelst einfacher Rezepte requiriren dürfen. Auch sollte den Gemeindeschwestern, wo solche vorhanden, der Bezug und die Verabfolgung der vorschriftsmässigen Desinfektionsmittel so bequem als möglich gemacht, und die sachgemässe Anwendung derselben seitens der zuständigen Aerzte gelehrt werden. Dahin gehende Anregungen seitens der beamteten Aerzte werden in den betheiligten Kreisen gewiss mit Freuden begrüsst und gern befolgt werden. Geeigneten Falls wird es möglich sein, die öffentliche Wohlthätigkeit, den Vaterländischen Frauen-Verein oder ähnliche Vereine für die kostenlose Bereitstellung von Desinfektionsmitteln zu gewinnen.

Als Zentrum und Stütze der Desinfektionsbestrebungen einer Stadt oder eines Kreises sollte eine etwa vorhandene Desinfektionsanstalt dienen, und in Kreisen, wo es an einer solchen zur Zeit noch fehlt, die Errichtung derselben mit allem Nachdruck in Anregung gebracht werden.

Ueber das Vorhandensein von Dampfapparaten in seinem Kreise sich zu unterrichten, ist der Kreisarzt schon jetzt ver-

pflichtet. Die Dienstanweisung schreibt ihm im Formular VII (S. 77) unter VIII gelegentlich der Ortsbesichtigungen die Besichtigung der Krankenhäuser und in Formular X (S. 85) Aeusserungen über Desinfektionsapparate vor. Auch in seinen Jahresberichten (Formular XI, S. 87) hat sich der Kreisarzt über den Stand der Desinfektion zu äussern. In jedem Krankenhause sollte heute ein Dampfapparat vorhanden sein. Wo dies der Fall, wird er jedoch in der Regel nur für die Zwecke des Krankenhauses selbst verwerthet, und es ist in der That nicht unbedenklich, Desinfektionsapparate in Krankenhäusern für Zwecke der ausserhalb des Krankenhauses erforderlich werdenden Desinfektionen bereit zu stellen, weil damit die Gefahr der Einschleppung übertragbarer Krankheiten in das Krankenhaus verbunden sein kann.

Zweckmässiger ist es jedenfalls, für öffentliche Desinfektionen eine selbständige Desinfektionsanstalt zu gründen. In Stadtkreisen wird dies in der Regel verhältnissmässig leicht zu erreichen sein. Auch in solchen ländlichen Kreisen, in denen sich eine etwas grössere Stadt befindet, wird es keine so grossen Schwierigkeiten haben, wenn der Kreis dieser Stadt einen angemessenen Zuschuss zu den Anlage- und Betriebskosten leistet. Aber auch in rein ländlichen Kreisen ist es, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, zu erreichen, wenn man sich die Mühe nicht verdriessen lässt, die massgebenden Mitglieder des Kreisausschusses persönlich von der Nützlichkeit und Nothwendigkeit der Anlage einer Desinfektionsanstalt zu überzeugen, und wenn man die Anforderungen an die Anstalt in bescheidenen Grenzen hält.



D Desinfektionsapparat. — E Einladeraum. — B Baderaum. — A Ausladeraum. — Br Brennmaterialienraum. — ➻——➤ Weg des Desinfektors.

Die ländliche Desinfektionsanstalt braucht nämlich nur aus einem einstöckigen Fachwerkgebäude zu bestehen, welches bei dem geringen Werth von Grund und Boden für 4000 Mk. zu errichten ist. Um eine Reinfektion der desinfizirten Gegenstände beim Herausnehmen derselben aus dem Apparat zu verhüten, sollte grundsätzlich nur ein solcher gewählt werden, der einen liegend aufzustellenden Desinfektionsraum mit je einer Thür an beiden Enden hat. Der Apparat ist so aufzustellen, dass die Wand zwischen Ein- und Ausladeraum quer über denselben hinweggeht, so dass also die eine Seite nur von jenem, die andere Seite nur von diesem Raume aus zugänglich ist. Ausser diesen beiden Räumen, deren jeder eine Grundfläche von nicht mehr als 2,5 × 4, also von 10 Quadratmetern zu haben braucht, ist ein dritter Raum zur Aufnahme einer Badevorrichtung für den Desinfektor und ein Raum für Brennmaterialien, ausserdem ein kleiner Schuppen für einen Handwagen zum Transport der zu desinfizirenden Gegenstände erforderlich. An Möbeln müssen mehrere einfache Tische und Stühle, mehrere Regale zum Aufhängen der Kleidungsstücke, eine Badewanne mit Badeofen, Stiefelknecht u. s. w. vorhanden sein. Die Innenwände der Räume müssen in Zement verputzt und mit Oelfarbe gestrichen, die Fussböden mit Terrazzo oder Torgament belegt sein. Die Thüren sind so anzuordnen, dass eine Thür von aussen in den Einladeraum, eine an der entgegengesetzten Seite des Gebäudes liegende Thür von aussen in den Ausladeraum geht, während beide Räume unter sich direkt nicht, dagegen mit dem Baderaum durch je eine Thür verbunden sind. Der Desinfektor hat dann also stets folgenden Weg zu machen: 1. mit den zu desinfizirenden Gegenständen in den Einladeraum, 2. nach Beschickung des Apparates und nach Einbringung seines eigenen Zeuge in den Baderaum; 3. nach Beendigung des Bades in den Ausladeraum behufs Entleerung desselben. Die beigegebene kleine Skizze wird dies erläutern. Indess sei schon hier bemerkt, dass die Desinfektoren grosse Neigung habe, das Bad zu umgehen, und daher in dieser Beziehung besonders sorgfältiger Beaufsichtigung bedürfen.

Apparate von einer Grösse, welche genügt, um ein vollständiges Bett ohne Gestell, aber mit Matratze aufnehmen zu können, werden jetzt von den grösseren Firmen — Rietschel und Henneberg in Berlin, Schimmel & Co. in Dresden, Schmidt in Weimar, Budenberg in Dortmund u. A. — schon verhältnissmässig billig geliefert. Was die Wahl des Apparates betrifft, so empfiehlt sich ein solcher mit etwas gespanntem Dampf, d. h. mit $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ Atmosphäre Ueberdruck, weil bei ihm die Zeit, welche der Dampf braucht, um die zu desinfizirenden Gegenstände zu durchdringen, eine etwas kürzere ist, als in Apparaten mit einfach strömendem Wasserdampf. Dagegen sind Apparate mit überhitztem Dampf nicht zu empfehlen, weil dieser ebenso wenig wirksam ist, wie heisse Luft, die Gegenstände aber stärker angreift, als strömender oder gespannter Wasserdampf.

Fahrbare Desinfektionsapparate empfehlen sich für die Armee im Felde, wo ihre Fortführung auf grössere Entfernungen hin nothwendig werden kann, nicht aber für die stabileren Friedensverhältnisse. Es ist zwar richtig, dass es Vortheile haben kann, wenn der Apparat nach dem Ort, wo gerade eine Krankheit epidemisch herrscht, hingefahren werden kann. Demgegenüber aber kommt in Betracht, dass dadurch, namentlich auf schlechten Wegen und zu ungünstiger Jahreszeit, erhebliche Fuhrkosten entstehen können, und dass nicht an jedem Ort des Kreises ein geeigneter Raum zur Unterstellung des Apparates vorhanden ist. Auch funktionirt der Apparat am besten, wenn er sich stets an derselben Stelle und in denselben Händen befindet. Auf meinen vielen Dienstreisen zur Ermittelung von Epidemieen habe ich wiederholt fahrbare Desinfektionsapparate gefunden, welche von den Besitzern durch Einbauen in ein Gebäude zu stabilen gemacht worden waren, eine sehr unwirthschaftliche Massregel, da der fahrbare Apparat ja einen verhältnissmässig geringeren Fassungsraum hat, als ein stabiler Apparat von gleichem Preise.

Der Wagen zur Abholung der zu desinfizirenden Gegenstände, der zweckmässig mit Doppelfahrrad fortbewegt wird, muss einen Fassungsraum haben, welcher die Aufnahme eines vollständigen Bettes ohne Gestell, aber mit Matratze gestattet, am besten also einen innen mit Blech ausgeschlagenen Kasten von etwa 90 cm Breite, 150 cm Länge und 60 cm Höhe im Lichten, also von 0,81 cbm Inhalt und mit aufstellbarem Deckel. Wenn jedesmal beim Abholen der zu desinfizirenden Gegenstände entsprechend grosse leinene Beutel behufs Aufnahme derselben mitgegeben werden, und der Kasten nach

jeder Desinfektion im Innern mit Karbolwasser ausgewischt wird, so ist ein zweiter Wagen zum Zurückbringen der desinfizirten Gegenstände nicht erforderlich. Hegt man begründete Zweifel an der Durchführung der letzteren Massregel, und gestatten es die zur Verfügung stehenden Mittel, so thut man jedenfalls besser, zwei Wagen anschaffen zu lassen.

Eine genaue Dienstinstruktion, die dem Kreisarzt zur Begutachtung vorzulegen ist, falls er sie nicht selbst aufstellt, sollte den Dienst in jeder Desinfektionsanstalt regeln.

Auch die kleinste Desinfektionsanstalt muss nach dem heutigen Stande der Desinfektionstechnik mit den erforderlichen Geräthen und Instrumenten zur Wohnungsdesinfektion, auch vermittelst Formaldehyd, versehen sein, die zweckmässiger Weise in einem kleinen, mit Doppelfahrrad verbundenen Wagen in stets gebrauchsfertigem Zustande untergebracht werden, so dass sie vom Desinfektor im Bedarfsfalle schnell an Art und Stelle gebracht werden können. Zweckmässige Einrichtungen dieser Art sind bei der Desinfektionsanstalt der Stadt Cöln nach Angaben des Direktors des bakteriologischen Laboratoriums, Dr. Czaplewski, getroffen worden.

Zur Bedienung einer kleinen Desinfektionsanstalt der geschilderten Art sind zwei Desinfektoren erforderlich, welche sich gegenseitig abzulösen bezw. zu unterstützen haben.

Die Auswahl hierzu geeigneter Persönlichkeiten wird nicht immer leicht sein. Ehemalige Sanitätssoldaten, Militärkrankenwärter, Heilgehilfen, Barbiere u. dergl. sind wohl am geeignetsten dazu. Die „Dienstanweisung für die Kreisärzte" schreibt vor: „Zu der Prüfung ist nur zuzulassen, wer sich durch ein Zeugniss der Ortspolizeibehörde über seine Unbescholtenheit ausweist."

Wer die Ausbildung der Desinfektoren zu leiten hat, bestimmt die Dienstanweisung nicht, sie schreibt nur vor, dass der Kreisarzt „auf Erfordern" die Desinfektoren zu prüfen hat. Nach dem Wortlaut dieser Vorschrift können also Personen auch ohne Prüfung als Desinfektoren angestellt werden.

Die Ausbildung von Desinfektoren kann meines Erachtens in genügender Weise nur in einer grösseren Desinfektionsanstalt unter Leitung eines, mit der Lehre von den Infektionskrankheiten und den wissenschaftlichen Grundlagen der Desinfektion gründlich vertrauten Arztes geschehen und beansprucht etwa 6 Tage, in denen der Lehrling das Wesen der Krankheitskeime und die Art ihrer Verbreitung und Bekämpfung, die wichtigsten Desinfektionsmittel, ihre Wirkung und Zubereitung, die Einrichtung und Bedienung der Desinfektionsapparate und die Ausführung der Wohnungsdesinfektion kennen lernen muss. Ob alle Kreisärzte zur Ertheilung dieses Unterrichtes Zeit, Anlage und Neigung besitzen, möchte ich bezweifeln. Es gehört dazu nicht nur Lehrtalent und Geduld, sondern auch ein stetes Verfolgen der Fortschritte in der Theorie und Praxis der Desinfektion, wie es von dem in der Praxis stehenden Amtsarzt kaum zu verlangen ist. In Breslau ist auf Veranlassung des Herrn Kultusministers in Verbindung mit dem hygienischen Institut der Universität eine Desinfektorenschule eingerichtet worden, in der geeignete Leute unentgeltlich ausgebildet werden. Die Lehrlinge werden nach Beendigung des sechstägigen Kursus vor einer Kommission, bestehend aus dem Regierungs- und Medizinalrath, dem Direktor des hygienischen Instituts und dem Direktor der Städtischen Desinfektionsanstalt, geprüft und erhalten, falls sie die Prüfung bestehen, vom Regierungspräsidenten ein Befähigungszeugniss ausgestellt.

Es schweben Erwägungen, ob es sich nicht empfiehlt, ähnliche Desinfektorenschulen bei den hygienischen Instituten auch der anderen Universitäten, also in Berlin, Bonn, Göttingen, Greifswald, Halle, Kiel, Königsberg und Marburg, sowie in einigen anderen geeigneten Orten, z. B. Danzig, Frankfurt a. M., Posen u. a., einzurichten. Dadurch würde die Einheitlichkeit und Gründlichkeit der Ausbildung der Desinfektoren erheblich gewinnen. Für die Kreisärzte würde damit eine Ersparniss an Arbeit und die Sicherheit der Gewinnung eines zuverlässigen Unterpersonals verbunden sein. Die Gemeinden oder Kreise, welche Desinfektoren ausbilden lassen, hätten, neben den Kosten für die Reise, nur den 6 tägigen Aufenthalt an dem Orte der Ausbildung und 10 Mark für das Prüfungszeugniss zu zahlen. Die Desinfektorenschulen würden auch die Ausbildung der Desinfektoren für die grossen Krankenhäuser und die Unterweisung von Krankenpflegern und Schwestern in der Desinfektion übernehmen können.

Die bei der Desinfektionsanstalt eines Kreises angestellten beiden Desinfektoren würden nur für den laufenden Bedarf, für den Fall einer Epidemie jedoch nicht genügen. Deswegen sollte meines Erachtens es sich jede grössere Gemeinde angelegen sein lassen, für ihren eigenen Bedarf eine geeignete Persönlichkeit als Desinfektor ausbilden zu lassen, die nur beim Ausbruch einer Epidemie in Thätigkeit zu treten und hauptsächlich die Desinfektionen am Krankenbett zu leiten und zu überwachen hätte. Während die Kreisdesinfektoren als festangestellte Beamte — mit etwa 1500 Mk. Gehalt — zu denken wären, würden jene Hilfsdesinfektoren nur vorübergehend gegen einen angemessenen Tagelohn anzustellen sein. Sie würden sich, wie nebenbei bemerkt sei, dem Kreisarzt zu Zeiten von Epidemieen auch anderweitig — als Seuchenwärter, wie sich gelegentlich einer vorjährigen, grossen Typhusepidemie in Gelsenkirchen gezeigt hat — nützlich machen können.

Von hervorragender Bedeutung für die Förderung des Desinfektionswesens ist die Kostenfrage.

Die Desinfektion würde bald populär werden, wenn sie unentgeltlich wäre, eine Forderung, die, so ungewöhnlich sie klingen mag, doch gerade im Feuerlöschwesen ihr Analogon hat. So wenig Derjenige, dem das Haus abbrennt, die Benutzung der Spritzen und die Arbeit der Löschmannschaften zu bezahlen braucht, so wenig möchte Derjenige, der wegen einer übertragbaren Krankheit in seiner Familie einer Desinfektion bedarf, die Kosten derselben tragen.

Die Berechtigung dieses Gedankens hat man auch beim Erlass des Reichs-Seuchengesetzes gefühlt. Das Gesetz bestimmt nämlich in § 29, dass für Gegenstände, welche in Folge einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion erheblich beschädigt sind, auf Antrag Entschädigung zu gewähren ist. So weit, die Kosten der Desinfektion selbst öffentlichen Mitteln zur Last zu legen, geht dagegen das Gesetz nicht. Es liegt aber auf der Hand, dass auch der Bemittelte sich zur Durchführung der Desinfektion leichter bereit finden lassen würde, wenn er für dieselbe nicht noch zu bezahlen brauchte, da sie schon an sich belästigend ist. Auch würde die Durchführung der Desinfektion auf öffentliche Kosten ihre Handhabung sicherer und wirksamer gestalten und damit ihre Nothwendigkeit viel seltener machen, weil die Zahl der übertragbaren Krankheiten dabei in kurzer Zeit merklich abnehmen würde.

Man darf jedoch nicht ausser Acht lassen, dass eine grundsätzlich unentgeltliche Gewährung der Desinfektion zu einer erheblichen Belastung der öffentlichen Kassen führen würde, die doch auch grosse Bedenken hätte.

Die Kosten der täglichen Desinfektionen am Krankenbett, die ich oben geradezu als Theil der Krankenbehandlung bezeichnete, wird billiger Weise der Kranke selbst bzw. der Haushaltungsvorstand zu tragen haben; im Unvermögungsfall werden sie von der Armenpflege oder der öffentlichen Wohlthätigkeit zu tragen sein. Dagegen erscheint es wohl der Er-

wägung werth, ob nicht die Desinfektionen mittelst strömenden Wasserdampfes sowie die Wohnungsdesinfektionen auch bei Bemittelten grundsätzlich unentgeltlich ausgeführt werden können. Die Spesen welche z. Zt. von den Desinfektionsanstalten erhoben zu werden pflegen, werden erfahrungsgemäss sehr ungern gezahlt.

Die Errichtung und Unterhaltung der Desinfektionsanstalten ist unbestritten Sache der betreffenden Gemeinden. Kleinere Gemeinden, von denen jede für sich allein zur Errichtung einer solchen Anstalt zu arm ist, gründen am besten einen Zweckverband hierzu, falls nicht eine grössere Gemeinde es vorzieht, die Anstalt zunächst auf eigene Kosten und Gefahr zu begründen und dann durch Verträge mit Nachbargemeinden ihrer Anstalt einen grösseren Wirkungskreis und regelmässige Zuschüsse zu sichern. Findet sich keine Gemeinde, die dazu den Muth hat, und kommt ein Zweckverband nicht zu Stande, so ist der Kreis die Instanz, welche hier einzutreten hat.

Städtische und Kreis-Desinfektionsanstalten können die Desinfektionen unentgeltlich ausführen, wenn nur die Kommunal- bzw. die Kreissteuer um einen aliquoten Theil erhöht wird. Ich zweifle nicht, dass die Stadtverordneten und Kreisdeputirten hierfür zu gewinnen sein werden.

Die Errichtung und Unterhaltung der Desinfektorenschulen ist meines Erachtens Aufgabe der Provinzen, wie sie schon jetzt die Hebammenlehranstalten, die Irrenheil- und Pflegeanstalten u. dgl. unterhalten. Vorläufig verursachen allerdings die Desinfektorenschulen noch so gut wie gar keine Kosten. Jedoch zweifle ich nicht, dass, wenn erst jeder Kreis und jede Gemeinde von der Nothwendigkeit der Anstellung von Desinfektoren überzeugt sein werden, die Desinfektorenschulen eine ganz andere Einrichtung bekommen müssen und höhere Kosten verursachen werden, als dies jetzt der Fall ist.

An der Tragung der Kosten des Desinfektionswesens ist der Staat grundsätzlich unbetheiligt, dagegen wird er im Bedarfsfalle aushilfsweise mit Beihilfen einzutreten haben.

Halte ich also die grundsätzliche Unentgeltlichkeit der Desinfektion für alle Personen für erstrebenswerth, so muss ich für Orte, in denen dieselbe nicht durchführbar erscheint, jedenfalls die Unentgeltlichkeit für Unbemittelte als unerlässlich bezeichnen. Eine Stundung und nachträgliche Einziehung der Desinfektionskosten wäre nur geeignet, die Desinfektion zu einer unpopulären Massregel zu machen.

Das sind die Richtungen, nach denen hin sich meines Erachtens das Desinfektionswesen in Stadt und Land wird entwickeln müssen, wenn es uns gelingen soll, das Seuchengesetz wirksam zur Durchführung zu bringen und die noch immer in erschreckendem Masse verbreiteten Seuchen in einer unserem heutigen Kulturzustande angemessenen Weise einzuengen. Möchte es uns gelingen, in den betheiligten Kreisen offene Ohren und — Taschen zu finden zum Heile des Staates und der gesammten Bevölkerung!

Ein eigenartiger Fall traumatischer Psychose.*)

Von

Prof. **Strassmann**-Berlin.

Am 25. Januar d. J. wurde unserem Institut die Leiche eines 47jährigen Mannes H. zur Sektion übergeben, der sich 3 Tage vorher durch einen Schuss in den Kopf das Leben genommen hatte. Bei der Besichtigung und Eröffnung der Leiche fanden wir Erscheinungen, wie wir sie beim Selbstmord durch Erschiessen gewöhnlich antreffen. An der rechten Schläfe sass eine Einschussöffnung, die die Charaktere der Nachschusswunde zeigte; der Schusskanal durchbohrte den rechten Schläfenmuskel, die Schuppe des Schläfenbeins, die harte Hirnhaut, das Gehirn, in welches er im vorderen Theil des rechten Schläfenlappens eintrat; er verlief dann am Boden des dritten Ventrikels entlang bis etwa in die Gegend des Treffpunktes von Kranz- und Schuppennaht einerseits, von hier aus machte er eine winklige Abzweigung nach hinten, an deren blindem Ende die Kugel, ein abgeplattetes 7 mm-Geschoss, gefunden wurde. Es lag sehr viel Blut in den Ventrikeln, zwischen den Meningen und im Rückenmarkskanal.

Neben diesen Erscheinungen einer offenbar alsbald tödtlichen Schusswunde stellten wir noch eine mässige Arteriosklerose, ausgedehnte peritonitische Verwachsungen und einen Befund fest, der unsere Aufmerksamkeit besonders auf sich ziehen musste.

Es zeigte sich nämlich schon bei der äusseren Besichtigung rechts, nahe dem Scheitel, eine 6 cm lange, glatte Narbe, die gegen den Knochen nicht verschieblich war und unter der man eine deutliche Vertiefung desselben fühlen konnte. Bei der Abtrennung der Weichtheile fand sich zwischen diese und die Knochenimpression eingelagert und mit ihr fest verwachsen ein rothes Drainrohr, dessen Lichtung etwa 6—7 mm beträgt. Wir haben deshalb die Narbe umschnitten, im Zusammenhang mit dem Schädel gelassen und mit diesem herausgenommen. Das Präparat des Schädeldaches zeigt Fig. 1. Aus Fig. 2 ergiebt sich, dass der äusseren Impression an der Innenfläche eine doppelte Infraktion der Innentafel entspricht, die in der Breite von $3^1/_2$ cm dachziegelförmig in das Innere etwa 1 cm weit hineinragt. Die Form der Infraktion musste alsbald die Vermuthung erwecken, dass sie erzeugt worden sei durch Aufschlagen eines länglichen Körpers auf den Kopf; unsere Sammlung enthält eine ganz ähnlich geformte Verletzung des Schädels eines Mannes, der durch Aufschlagen eines eisernen Trägers getödtet worden war.

Mit dem First des genannten Daches war nun die harte Gehirnhaut zum Theil verwachsen, so dass sie nicht ohne einen kleinen Substanzverlust, der dem scharfen Stachel entspricht, den der First etwa in seiner Mitte trägt, abgelöst werden konnte. An dieser Stelle waren auch weiche und harte Gehirnhaut verwachsen, so dass die erste bei der Abnahme der Dura vom Gehirn sich zum Theil von diesem abtrennte. Das Gehirn selbst zeigt an der entsprechenden Stelle eine napfförmige Vertiefung, deren Grund gelb gefärbt erscheint; dieser ein paar Quadratcentimeter etwa messende Defekt sitzt im obersten Abschnitt der rechten Zentralwindung, nahe der Mittellinie. Wir haben das betreffende Stück des Gehirns herausgenommen; es wird demnächst von Herrn Dr. Sibelius-Helsingfors noch genau untersucht und beschrieben werden. Von einer Konservirung des ganzen Gehirns mussten wir leider Abstand nehmen; die Zerstörung desselben durch den Schuss in Verbindung mit dem bereits dreitägigen Leichenalter liessen eine solche, ebenso wie eine Wägung und wie eine Untersuchung auf feinere Rindenveränderungen aussichtslos erscheinen. Bei der makroskopischen Untersuchung haben wir von einer etwaigen Verwachsung und Atrophie der Rinde, von Erweichungsherden oder sklerotischen Stellen im Gehirn nichts entdeckt.

Durch einen glücklichen Zufall erfuhren wir alsbald bei der Sektion, dass der Verstorbene vor nicht langer Zeit an Geisteskrankheit in Herzberge behandelt worden war. Der Güte des Herrn Geh. Rath Moeli verdanke ich die Kenntniss der Krankengeschichte, deren Einsicht Folgendes ergeben hat.

Am 2. September 1882 ist H. durch Herabfallen eines Balkens

*) Nach einer Demonstration in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 14. Juli 1902.

bei einem Neubau, vom vierten Stock herab, verunglückt. Er wurde bewusstlos in ein Krankenhaus gebracht, dort stellte man eine Depression des rechten Scheitelbeins, eine 8 cm lange, bis auf die stark geblähte, mit pulsirenden Gefässen versehene Dura reichende Wunde, eine schmerzhafte Parese der linken Körperseite fest. Es wurde aus der Wunde ein $^1/_2$ cm langer Splitter entfernt und dieselbe nach Unterbindung der oberflächlichen Gefässe und Einlegung eines Drains durch 5 Suturen verschlossen.

Die Wunde heilte per primam, am 9. wurden die Nähte und Unterbindungsfäden entfernt, vom Drainrohr ist nichts gesagt. Die Mobilität der linken Seite besserte sich bei elektrischer Behandlung allmählich; am 9. Oktober 1882 wurde der Verletzte auf Wunsch als gebessert entlassen; es bestand noch geringe Schwäche im linken Bein, zeitweilige Klagen über heftige Kopfschmerzen und Schwindel beim Bücken.

Am 6. Juni 1889, also sieben Jahre später, ist H. wegen epileptischer Krämpfe, die damals zuerst aufgetreten sein sollen, und längere Zeit bestehenden Nervenleidens ins Krankenhaus Friedrichshain eingeliefert und dort bis zum 5. Juli 1889 und dann wieder vom 22. bis 31. Juli 1889 behandelt worden. Bereits 1885 war er übrigens in demselben Krankenhause wegen Verrenkung des linken Oberarms durch Fall (Schwindelanfall?) in Behandlung.

Wochen, in der letzten Zeit häufiger, alle paar Tage, epileptische Anfälle mit nachfolgenden mehrstündigen Verwirrungszuständen gehabt habe; da sie ihrer Niederkunft entgegensehe, könne sie ihn nicht weiter übernehmen. Er habe regelmässig für 10 Pfennig Schnaps getrunken, vertrage aber weniger als früher, sei oft betrunken, schimpfe dann viel. Eifersüchtig war er dauernd. Er selbst erklärte, dass er seit den letzten Wochen in beiden Händen ein Gefühl von Ameisenlaufen habe; Schwäche in der linken Körperhälfte, Schwindelanfälle und Flimmern, Funkensehen, quälende Kopfschmerzen, als wenn ein Bindfaden fest herumgeschnürt sei, starkes Jucken am Kopf in der Gegend der Narbe, als wenn Ungeziefer da wäre, verspüre er seit dem Unfall 1882. Objektiv wurden linkerseits erhöhte Kniereflexe, Andeutung von Fussklonus, Vergrösserung der Pupille gefunden, sowie Hypaesthesie und Analgesie auf der ganzen linken Körperhälfte. Am 3. Mai fiel er bewusstlos um, lag 5 Minuten lang ohne Zuckungen, nachher Amnesie für den Anfall. H. klagte viel über Kopfschmerzen, zeigte kein Verständniss für die Schädlichkeit des Trunkes.

Bis zum 4. Dezember 1896 blieb er dann wieder in Pflege bei seiner Frau; am genannten Tage brachte ihn diese, da er wieder viel getrunken und danach gehäufte Krampfanfälle und Angstzu-



Fig 1.



Fig. 2.

Am 31. August 1892 wurde er aufs Neue der Charité zugeführt, da er bei der Arbeit einen Schwindelanfall mit Bewusstlosigkeit hatte. Man fand Alkoholgeruch, Tremor der Hände, die Augenbewegungen bei Blick nach links beschränkt; in extremer Stellung Doppelbilder mit Höhendifferenz, Kopfschmerzen, als wenn eine Schale auf dem Kopf läge. Er wurde am 9. Oktober 1892 der Irrenanstalt Dalldorf überwiesen und blieb dort mit der Diagnose Epilepsia traumatico-alcoholica bis zum 24. Februar 1893; alsdann wurde er in Pflege gegeben.

Am 15. Oktober und 9. November 1892 sind Anfälle notirt; im Uebrigen fand man hier die Augenbewegungen frei, dagegen Hypaesthesie an der rechten Seite des behaarten Kopfes, mit Ausnahme der sehr druckempfindlichen Narbe und ihrer Umgebung; Sensibilität auf der linken Gesichtshälfte und auf der ganzen linken Körperhälfte bis zur Mittellinie etwas herabgesetzt, leichte Herabsetzung des Geruchs, Geschmacks, Gehörs ebenfalls auf der linken Seite. Anamnestisch gab der Kranke und seine Frau an, dass er nicht erblich belastet sei, seit 1878 täglich für 20 Pfennig Schnaps trinkt. Seit drei Jahren hat er vereinzelte Krampfanfälle, bei denen er plötzlich zusammenbricht, seitdem bemerkt er auch Abnahme des Gedächtnisses, seit derselben Zeit bestehen Eifersuchtsideen gegen die Frau, Reizbarkeit gegen diese und die Kinder, Todesgedanken. Schwindelanfälle sollen seit der Verletzung 1882 vorhanden sein.

Die zweite Aufnahme in die Irrenanstalt (Herzberge) geschah am 21. März 1895, der Aufenthalt dauerte diesmal bis zum 15. Juli 1895. Die Frau gab damals an, dass ihr Mann früher alle paar

stände bekommen hatte, da er sie ferner sehr mit Eifersucht plagte, ihr sexuell in schamloser Weise zusetzte, sie und die Kinder tyrannisirte, aufs Neue in die Anstalt, in der er bis zum 8. März 1897 blieb. Die Frau gab noch an, dass die Anfälle jetzt oft stundenlang dauerten und dann eigentlich aus einer Reihe von Anfällen beständen. Sie beginnen plötzlich ohne Schrei, mit Zuckungen der Extremitäten und Bewusstseinsverlust, dann lachte und weinte der Kranke vor sich hin, machte Aeusserungen, die eine Verkennung der Umgebung bewiesen, darauf traten wieder von Neuem Zuckungen ein und so wiederholte es sich mehrmals. Ihr Mann habe auch viel über Kopfschmerzen geklagt, schreckte leicht zusammen, glaubte sich in der letzten Zeit verfolgt, sah Gestalten in der Luft schweben, hörte es durch den Boden telephoniren u. dgl. m.

H. selbst gab an, dass er, seitdem er wieder mehr trinke, auch mehr Krampfanfälle habe. Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Schwere und Schwäche in der linken Seite habe er aber immer gehabt, häufig auch Zuckungen in der linken Wade und dem linken Zehen. Er war sehr redselig, rühmte in der bekannten Weise der Alkoholisten seine Vortrefflichkeit, zeigte geröthetes Gesicht, stark belegte Zunge, Sinnestäuschungen des Gesichts, die sich dann verloren. Er blieb aber ohne Einsicht, klagte viel über Kopfschmerzen; die linksseitige Hypaesthesie und die Steigerung des Kniephänomens links waren auch diesmal unverändert und ebenso bei den beiden noch folgenden Aufnahmen in die Anstalt vom 22. März bis 25. April und vom 10. Juni bis 18. Oktober 1898. Am erstgenannten Tage brachte ihn die Frau angetrunken zur Anstalt, er war diesmal sehr missge-

stimmt, ganz uneinsichtig, klagte über Kopfschmerzen, Priapismus, über unbestimmtes Angstgefühl, schlechten Schlaf mit nächtlichen Visionen, zeigte gedunsenes Aussehen, allgemeinen Tremor. Diesmal entfernte er sich selbst aus der Anstalt. Am 10. Juni wurde er polizeilich wieder eingeliefert, weil er zu Hause tobte und lärmte und sich am Fensterkreuz aufzuhängen versuchte. Es ist diesmal registrirt, dass H. 1876 und 1882 wegen Diebstahls mit 6 resp. 2 Wochen, 1879 und 1881 4 mal wegen Arbeitsscheu mit zusammen 4 Wochen Haft belegt worden ist. Nach der Verletzung ist er 1884 noch einmal wegen öffentlicher Beleidigung mit 1 Woche, 1891 wegen wiederholten Diebstahls mit 3 Monat und 1 Woche Gefängniss bestraft worden.

Als er das letzte Mal wieder in die Anstalt kam, war er erregt, weinerlich, roch stark nach Alkohol, zeigte frische breite Strangulationsmarke. Weiterhin klagte er noch viel über Jucken im Kopf, das zu zahlreichen Kratzeffekten geführt hatte, über Fortdauer der seit dem Anfall bestehenden Kopfschmerzen, speziell in der Narbe, Schlaflosigkeit und Schwindelanfälle, letztere beginnen mit Druck und Angstgefühl in der Nabelgegend, dann steigt es hinauf bis zum Halse. Seit Anfang 1896 sieht er bei Augenschluss ein Kreissystem farbiger Ringe, ausserdem auch bei offenen Augen Landschaften und Gestalten verstorbener Angehöriger. Etwa seit derselben Zeit bemerkt er öfter vermehrten Urindrang; in der That ergab die zeitweise Messung in der Anstalt eine tägliche Menge von 3—4 Litern. Der letzte Anfall sei besonders schlimm gewesen. Er begann mit Schmerzen im linken Bein und dann im linken Arm, er wurde aus dem Bett geschleudert, war 3 Stunden bewusstlos, verunreinigte sich dabei zum ersten Mal mit Urin und Koth. Zungenbiss fehlte diesmal und früher. In der Anstalt selbst wurde nur (am 14. Oktober) ein Anfall beobachtet, bei dem H. blass wurde, hintenüber stürzte, bald wieder zu sich kam.

Nach dieser Krankengeschichte erscheint die Frage nach der Ursache der Epilepsie bezw. epileptischen Psychose im vorliegenden Fall allerdings etwas komplizirt. Die Beschreibung des einen Anfalles spricht offenbar für eine traumatische Entstehung im Zusammenhang mit dem Rindenherd; andererseits wird von den übrigen Anfällen Aehnliches nicht berichtet; die Beschreibung entspricht hier eher dem Bilde der Alkoholepilepsie. Im Ganzen kann man wohl annehmen, dass beide Schädigungen zusammengewirkt haben und dass es sich hier um eine traumatische Epilepsie handelt, deren Eintreten durch den Alkoholismus begünstigt wurde. Eine eigentliche Narbenepilepsie ist wohl abzulehnen; Druck auf die Hautnarbe hat niemals einen Anfall erzeugt; andererseits spricht die Krankengeschichte doch dafür, dass ein vielleicht nicht unerheblicher Theil der Beschwerden auf die Narbe und den 20 Jahre in ihr getragenen Fremdkörper zurückzuführen war.

Mit der Frage der Aetiologie steht naturgemäss eine andere in nahem Zusammenhang, deren Erwägung sich bei dem Anblick dieses Präparates wohl alsbald aufdrängt, die Frage nach den Chancen eines etwaigen operativen Eingriffs Derselbe war insofern unzweifelhaft aussichtsvoll, als eine Operation in der Gegend der Hautnarbe und Knochendepression nicht nur den Fremdkörper und damit vielleicht schon an sich einen Theil der Beschwerden beseitigt, sondern auch alsbald auf den Krankheitsherd im Gehirn hingeführt hätte. Die Natur dieses Herdes war allerdings wohl nicht so günstig für eine Operation, als etwa der Befund einer Cyste, durch deren Entleerung eine Druckverminderung erhofft werden konnte. Ob auch das Ausschneiden einer solchen Narbe, wie sie hier vorlag, irgendwelche Aussichten bietet, ist vielleicht noch zweifelhaft. Im Allgemeinen wird man aber wohl zugeben, dass bei dem ungünstigen Verlaufe des Falles auch ein gewagter und in seinem Erfolge unsicherer Eingriff gerechtfertigt gewesen wäre, selbst wenn man Zweifel darüber hegt, ob die psychische Depression, welche mehrmals und schliesslich erfolgreich zum Selbstmord trieb, von dem lokalen Prozess abhängig war, oder nicht vielmehr von allgemeinen Rindenveränderungen, ob sie überhaupt dem Trauma und nicht vielmehr dem Alkoholismus zuzuschreiben war.

Regt unsere Beobachtung so vielleicht dazu an, in Zukunft eher einmal einen operativen Eingriff bei traumatischer Epilepsie zu wagen, weil — wie sie zeigt — manchmal ungeahnte, durch die äussere Untersuchung nicht festzustellende, operativ zu beeinflussende Befunde vorhanden sein können, so interessirt sie meines Erachtens noch in anderer Richtung.

Der fragliche Unfall hat sich vor Einführung unserer gegenwärtigen Arbeiterschutzgesetzgebung ereignet und daher zu einer Begutachtung im Sinne der Unfallgesetzgebung nicht geführt. Ein Interesse des Verletzten zur Uebertreibung seiner Beschwerden lag nicht vor; wie echt dieselben waren, hat schliesslich aufs Unzweideutigste die Thatsache bewiesen, dass sie ihn in den Tod getrieben haben. Ich halte es für wohl möglich, dass eine eventuelle Begutachtung des Falles auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes zu dem Resultat gekommen wäre, dass H. wohl ein kranker Mensch sei, dass er auch neben dem Alkoholismus noch durch das Trauma geschädigt sei, dass er aber seine Beschwerden offenbar übertriebe. Konnte man doch durch die Untersuchung am Lebenden weder den Fremdkörper ermitteln, noch die Schwere der Schädelverletzung, besonders an der Innentafel, genügend erkennen. Insofern, glaube ich, enthält unsere Beobachtung eine beherzigenswerthe Warnung.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer zu St. Petersburg.

Studien zur Kenntniss der zufälligen (nicht operativen) Verletzungen der grösseren Venenstämme.*)

Von

W. K. Finkelstein.

Dem Andenken Manassein's gewidmet.

Isolirte „zufällige“ Verletzungen der grösseren Venenstämme sind eine grosse Seltenheit. Wohl geschieht sehr häufig eine Verletzung der Venen (beabsichtigte oder zufällige) bei Entfernungen von Geschwülsten am Halse, in der Axillar- und Inguinalgegend, aber eine Verletzung, welche nicht durch das Messer des Chirurgen, sondern durch dasjenige des Verbrechers oder Selbstmörders bezw. durch die Kugel des Feindes zugefügt wird, eine Verletzung, welche ich zur Unterscheidung von der operativen Verletzung als eine „zufällige“ bezeichnen werde, wird sehr selten beobachtet. Gewöhnlich wird gleichzeitig auch die in nächster Nähe mit der Vene verlaufende Arterie verletzt. Diese Fälle von gleichzeitiger Verletzung der beiden Gefässe gehören nicht in den Rahmen meiner gegenwärtigen Arbeit. Ich werde nur von Verletzungen der Vene allein sprechen. Die hierher gehörigen Fälle sind verhältnissmässig spärlich. Im Obuchow'schen Krankenhause, welches einer ausserordentlich grossen Anzahl von Verletzten Aufnahme gewährt, wurden in den letzten 10 Jahren nur sieben Fälle von isolirter zufälliger Verletzung grösserer Venen beobachtet.

Verlauf, Symptome, Prognose und Behandlung solcher Verletzungen bieten gewisse Eigenthümlichkeiten dar, und dadurch ist die Isolirung derselben zu einer besonderen Gruppe durchaus gerechtfertigt.

---

*) Uebersetzt von M. Lubowski, Wilmersdorf bei Berlin.

I. Verletzungen der Vena jugularis interna.

1. D. I., 43 Jahre alt, wurde am 30. September 1896 in das das Krankenhaus aufgenommen, nachdem er eine Viertelstunde zuvor mehrere Messerstiche erhalten hatte. Der Verletzte kam selbst nach dem Krankenhause, die Blutung war stark, stand jedoch unter Druckverband. Der Patient ist gross, kräftig und gut genährt. Allgemeinzustand vorzüglich, Erscheinungen von Anämie nicht vorhanden: keine Blässe, guter Puls, 100 Schläge in der Minute. Links am Halse 6 cm oberhalb des Schlüsselbeins, am hinteren Rande des Kopfnickers befindet sich eine schräg-längsgerichtete, 2 cm grosse Wunde mit glatten Rändern, die nach innen und unten durch die ganze Wand des Kaumuskels dringt. Die Wunde blutete nicht. Kaum wurde aber der Patient behufs Untersuchung der Wunde auf den Operationstisch gelegt, so stellte sich sofort eine ausserordentlich heftige venöse Blutung ein; sie stand erst nach Einführung eines Tampons und Anwendung von Fingerdruck. Die Wunde wurde sofort erweitert (F. F. Wulf), und zwar in der Richtung von oben nach unten bis 6 cm. In der Tiefe der Wunde sah man nun die verletzte Vena jugularis interna. — Zweite Inzision dem inneren Rande des Kopfnickers entlang. Letzterer wurde nach aussen gezogen, die Gefässscheide, welche sammt dem umgebenden Zellgewebe mit Blut durchtränkt war, freigelegt. Die Vene wurde in einer Ausdehnung von 4 cm freigelegt, wobei die Blutung während der ganzen Zeit durch die digitale Kompression des ab- und zuführenden Endes hintangehalten wurde. Auf beide Enden wurden zirkuläre Ligaturen angelegt und die verletzte Partie in einer Länge von 2,5 cm resezirt. Man fand an derselben zwei Wunden: die eine war 1,25 cm lang und befand sich an der äusseren Venenwand, die zweite mass 0,75 cm und nahm die Innenwand ein. Die Arterie war intakt. Beide Schnitte wurden mit Ausnahme der unteren Enden, in welche Tampons eingeführt wurden, vernäht. Ausserdem hatte der Patient noch eine Wunde im achten linken Interkostalraum, 2 cm inwärts von der hinteren Achsellinie, die in die Pleurahöhle drang und aus der Luftbläschen austraten. Die Haut in der Umgebung der Wunde war emphysematös. Die Perkussion ergab deutliche Zeichen von Luftansammlung in der linken Pleurahöhle. Die Wunde wurde in der Richtung nach unten bis 4 cm erweitert. Es stellte sich heraus, dass vom unteren Rande der achten Rippe ein 2,5 cm langes und 2,3 cm breites Knochenstück glatt abgespalten ist. In ebensolcher Ausdehnung wurde die Pleurahöhle eröffnet. Die in der Pleurawunde zum Vorschein kommende Lunge war nicht verletzt; desgleichen war in der Pleurahöhle keine Ansammlung von Blut vorhanden. Einführung eines Tampons und Anlegung eines aseptischen Verbandes. Auf den beiden Schultern befanden sich gleichfalls Wunden, die durch die Haut und die oberflächliche Muskelschicht drangen. Tamponade. Athmung erschwert, jedoch regelmässig, wenn auch oberflächlich; Athmungsfrequenz 24 in der Minute.

1. Oktober. Der Patient fühlt sich wohl, Puls voll, regelmässig, 80 Schläge in der Minute.

2. Oktober. Temperatur 38,4 °, Puls 96. Verband an der Brust durchnässt, leichter Husten. Bei der Entfernung der Tampons flossen ca. 60 ccm trüber seröser Flüssigkeit heraus. Drainage.

4. Oktober. Temperatur normal. Aus der Pleurahöhle entleerten sich beim Drainagewechsel 150 ccm klarer gelblicher seröser Flüssigkeit. Athmung links überall hörbar.

6. Oktober. Die Wunden am Halse sind per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Aus der Pleurahöhle keine Absonderung. Drainage entfernt. Wunde locker, mit Gaze tamponirt.

7. November. Wunden an der Brust, wie auf dem Halse verheilt.

6. Dezember. Wunden an den Schultern unter mässiger Eiterung verheilt. Entlassung.

2. G. N., 21 Jahre alt, wurde am 25. Dezember 1897 in tiefer Ohnmacht und pulslos aufgenommen. Nach den Angaben der begleitenden Personen soll der Kranke mit einem Beil verletzt worden sein und sehr viel Blut verloren haben. Infusion von 400 ccm Kochsalzlösung in die Vena mediana basilica, worauf der Puls fühlbar wurde. Die Wunde am Halse setzte am linken Winkel des Unterkiefers ein und verlief in der Richtung nach hinten in querer Richtung in einer Ausdehnung von 10 cm und drang in die Tiefe bis zur Wirbelsäule. Auf dem Boden der Wunde waren zu sehen: die unverletzte Carotis interna, der N. vagus und die in $^3/_4$ ihrer Zirkumferenz durchschnittene Vena jugularis communis. Auf die beiden Enden derselben wurden Ligaturen (Kropowski) angelegt. Der Patient starb nach 2 Stunden, ohne das Bewusstsein wieder erlangt zu haben. Die gerichtsärztliche Sektion ergab ausser Erscheinungen von akuter Anämie nichts Besonderes.

3. A. A., 13 Jahre alt, wurde am 17. April 1897 aufgenommen, nachdem er bei einer Schlägerei mit einem Federmesser verwundet worden war. Es hatte sich eine heftige Blutung eingestellt, die jedoch auf Kompression mit einem nassen Tuche stand. Die Einlieferung erfolgte $^1/_2$ Stunde nach dem Unfall. Puls 100. voll, regelmässig, Allgemeinzustand durchaus befriedigend. Erscheinungen von akuter Anämie nicht vorhanden, die Wunde blutete nicht. Die Besichtigung ergab, dass die ganze linke Ohrmuschel vom Rande bis zur Basis durch einen glatten Schnitt in querer Richtung in 2 Theile gespalten ist, von denen der obere $^1/_3$, der untere $^2/_3$ der Ohrmuschel ausmachte. An der Basis der Ohrmuschel kreuzt die Wunde den vorderen Ohrknorpel (Tragus) und verläuft, von diesem letzteren nach vorn abbiegend, in der Richtung nach unten in einer Ausdehnung von 3 cm, sehr tief zwischen den aufsteigenden Ast des Unterkiefers und den äusseren Gehörgang dringend. Die longitudinale Wunde wurde in der Richtung nach unten bis auf 5 cm erweitert. Nach Entfernung der Blutgerinnsel, welche die Wunde ausfüllten, entstand eine erschreckende venöse Blutung aus der oberen Abtheilung der Vena jugularis interna, unweit von der Stelle, wo sie die Schädelhöhle verlässt. In Anbetracht der tiefen Lage des Gefässes und der Unmöglichkeit, eine Ligatur anzulegen, wurde die Wunde fest tamponirt. Die Blutung stand. Die Ohrmuschel wurde genäht und auf die verletzte Partie ein aseptischer Verband angelegt.

18.—19. April. Kein Fieber. Allgemeinzustand vorzüglich.

20. April. Verband mit Blut durchtränkt. Die oberen Schichten desselben werden gewechselt.

25. April. Erster Tamponwechsel. Keine Blutung. Die Wunde ist mit guten Granulationen ausgekleidet, die Wunde der Ohrmuschel per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Einführung neuer lockerer Tampons.

4. Mai. Alles verheilt. Entlassung.

Ich möchte auf manche Eigenthümlichkeiten dieser Fälle hinweisen. In dem ersten und dritten Falle war das Fehlen von Erscheinungen von Anämie auffallend. Der Puls blieb gut und der Allgemeinzustand durchaus befriedigend. Wahrscheinlich lässt sich dies darauf zurückführen, dass die Patienten unmittelbar nach der Verletzung in das Krankenhaus kamen: in dem ersten Falle war seit der Verletzung ca. $^1/_4$, in dem dritten Falle ca. $^1/_2$ Stunde verstrichen. Der erste Patient ist sogar selbst nach dem Krankenhaus gegangen. In dem zweiten Falle waren die Todesursache der ungeheure Blutverlust und die verspätete Leistung der operativen Hilfe, wobei die Verspätung natürlich nicht durch den Operateur, sondern durch äussere Umstände verursacht war. Der Patient wurde pulslos eingeliefert und starb nach 2 Stunden, trotzdem das durchschnittene Gefäss unterbunden worden war.

Zu einer heftigen Blutung kommt es nicht nur aus der Vena jugularis interna, sondern auch aus der Vena jugularis externa. Fälle von tödtlicher Blutung aus der Vena jugularis externa sind von Pelletan und Casper[1]) beschrieben worden. Im Obuchow'schen Krankenhause wurde folgender Fall beobachtet:

B., 33 Jahre alt, wurde am 7. April 1900 in das Krankenhaus aufgenommen. Er erhielt bei einer Schlägerei einen Schlag mit einem Schustermesser versetzt. Etwas unterhalb des linken Kieferwinkels befindet sich eine schräg-quer verlaufende, stark blutende, 2 cm grosse Wunde. Dieselbe wurde in der Richtung nach unten bis 5 cm erweitert. Es stellte sich heraus, dass die Hülle und das Gewebe der Parotis angeschnitten und die hintere Vena jugularis externa durchschnitten ist. Unterbindung der Vene. Vernähung der acces-

[1]) Zitirt nach Cholzow. Cf. Quellenangaben.

sorischen und Tamponade der primären Wunde. Glatte und vollständige Heilung in 14 Tagen.

Die Hauptursache der bedrohlichen Blutung aus solchen Venen bildet das Unvermögen derselben, sich zurückzuziehen, und zwar in Folge der Befestigung an den Fascien des betreffenden Gebiets. Nichtsdestoweniger geben Verletzungen der Vena jugularis interna, sofern nach den Angaben der Literatur geurtheilt werden darf, einen grossen Prozentsatz von Genesungen. Oppel[1]) führt in seiner eingehenden Arbeit ausführlich die Literatur der zufälligen Verletzungen der V. jugularis interna an und beschreibt 2 eigene, günstig verlaufene Fälle. Nach Oppel sind 13 Kranke mit nicht operativer Verletzung der V. jugularis interna, die mit Ligatur behandelt worden waren, vollständig genesen; bei 3 ist mit Erfolg die digitale Kompression der Vene angewendet worden, während 12 Patienten, denen eine Behandlung nicht zu Theil wurde, starben. Schliesslich genas von 5 Patienten, bei denen andere Behandlungsmethoden, wie digitaler Verschluss, Tamponade mit Schwämmen, angewendet wurden, nur einer. Es genasen also von 33 Kranken 16, während 17 starben. Rechnet man die 2 Fälle von Oppel, sowie die 15 im nordamerikanischen Kriege beobachteten Fälle hinzu, so erhält man insgesammt 50 Fälle, von denen 30 letal endeten. Der Mortalitätsprozentsatz schwankt in hohen Grenzen je nach der Behandlung und Pflege der Wunde; er betrug in der vorantiseptischen Zeit 58, in der antiseptischen nur 18. Zu den 50 von Oppel zusammengesetzten Fällen müssen unsere drei Beobachtungen und eine Beobachtung von Popow[2]) hinzugefügt werden.

Im letzteren Falle handelte es sich um einen 43jährigen Mann mit Schnittwunde am Halse, der eine halbe Stunde nach der Verletzung in das Krankenhaus eingeliefert wurde. Die Wunde wurde vernäht. Am 2. Tage konstatirte man: Blässe, heisere Stimme, Puls 94, linke Halsseite bedeutend geschwollen. — Entfernung zweier Nähte und Einführung eines Tampons in die Wunde. Am 3. Tage heftige Blutung aus der Wunde. Erweiterung der letzteren. Man fand die in zwei Hälften vollständig durchschnittene V. jugularis interna. Unterbindung beider Enden. — Genesung. Die Heiserkeit blieb bestehen (Durchschneidung des N. vagus).

Unter 54 Fällen trat also in 23 Genesung und in 31 (1,4 Prozent) der Tod ein. Berücksichtigt man nur die Fälle, in denen die Vene unterbunden wurde, so erhält man unter 18 Fällen (13 von Oppel gesammelte Fälle, 2 seine eigene, 2 unsere und 1 Fall von Popow) nur einen Fall mit tödtlichem Ausgang (5,5 Prozent), der durch die späte Einlieferung des entbluteten Kranken bedingt war. Der Mortalitätsprozentsatz steigt, wenn zu diesen 18 Fällen 9 Fälle hinzugerechnet werden, in denen andere Behandlungsmethoden angewendet wurden. Auf 27 Fälle erhält man dann 22 Genesungen und 5 Todesfälle (18 Prozent). Diese Zahlen haben natürlich nur relative Bedeutung; immerhin weisen sie gewissermassen auf die relative Ungfährlichkeit der Verletzung einer so grossen Vene wie die V. jugularis interna hin. Ferner ergiebt es sich, dass die primäre Blutung nicht so gefährlich ist wie die sekundäre, welche letztere nach Oppel viele Kranke, besonders in der vorantiseptischen Zeit hinwegraffte. Von 50 Fällen, die Oppel anführt, hatten nur 4 primäre Blutung zur nächsten Todesursache. Belehrend ist in dieser Beziehung der oben beschriebene Fall von Popow, in dem die Blutung, welche die Erweiterung der Wunde erheischte, erst am dritten Tage aufgetreten war.

Die Methoden der aseptischen Wundbehandlung haben eine der Hauptgefahren, nämlich die Infektion der Wunde mit allen ihren Folgen beseitigt. Die Gefahr des Lufteintritts in die Venen ist zweifellos übertrieben. Bei zufälligen Verletzungen wurde dieser Lufteintritt äusserst selten beobachtet, und zwar unter den von Oppel zusammengestellten 50 Fällen nur zweimal. In dem einen Falle war der untere mit der Scheide eng verlöthete und in Folge dessen weniger kollabirende Theil der V. jugularis interna verletzt. In dem zweiten Falle waren dem Lufteintritt verhältnissmässig günstige Verhältnisse geschaffen: das Gefäss wurde hochgehoben, und in Folge dessen entfernte sich die durchschnittene Wand von der intakten. Bei zufälligen Verletzungen anderer grösserer Venen machte sich der Lufteintritt, wenn ein solcher stattfand, jedenfalls in klinischer Beziehung nicht merkbar und fiel dem Operateur nicht auf. Wenigstens sind in den Krankengeschichten über diese Komplikation keine Angaben vorhanden. In diesem Sinne sind zufällige Verletzungen der Venen überhaupt und speziell der V. jugularis interna weniger gefährlich als klinische Operationswunden, bei denen ein Kollabiren der Wände bis zum Schluss des Lumens nicht stattfindet, sondern die Wunde offen bleibt. Im Gebiet der Sehne des M. omohyoideus ist die Vorderwand der Vene mit der Sehne verlöthet und kann bei plötzlicher starker Kontraktion des Muskels hochgehoben werden. Pasca[3]) nimmt an, dass es in dem von ihm beobachteten Falle von Stichverletzung der V. jugularis interna zu einem Lufteintritt nicht kam, weil der M. omohyoideus und die Halsfascie durchschnitten waren; er schlägt in Folge dessen vor, in solchen Fällen den M. omohyoideus zu durchschneiden, um einer Luftmetastase vorzubeugen.

Die klinischen Beobachtungen widerlegen also die gangbare, aber wenig begründete Ansicht von der Häufigkeit des Lufteintritts in die verletzte Vene.

Durch Experimente sind die Bedingungen und Ursachen des spontanen Lufteintritts in die Venen geklärt worden. Schestopal[4]) hat dafür den Beweis erbracht, dass spontaner Lufteintritt in das Gefässsystem bei jeder Berührung mit einem Gefäss möglich ist, in dem negativer Druck herrscht, jedoch unter der Bedingung, dass die durch die Verletzung gesetzte Oeffnung sich nicht verschlösse, sondern offen bleibe. Ein negativer Druck herrscht unter normalen Verhältnissen in der V. jugularis interna, in der V. subclavia, in der V. anonyma und in manchen anderen dem Herzen am nächsten liegenden Venen. Klaffen wird in sehr vielen Venen beobachtet, während der Lufteintritt in die verletzte Vene als das Resultat einer gleichzeitigen Wirkung beider Momente nur in der V. subclavia, in den Vv. jugulares interna und externa eine konstante Erscheinung bilden kann; als zufällige Erscheinung, die von der Intensität der Inspiration, von einer bestimmten Körperlage, von der Grösse der Inzision abhängt, kann man ihn nach Schestopal auch in den Venen beobachten, die sehr weit vom Herzen entfernt sind. Es scheint mir, dass das Nichtzustandekommen eines Lufteintritts bei zufälligen Verletzungen einer Vene sich nicht nur durch rasches Kollabiren der Wandungen derselben erklären lässt, sondern auch durch die auf Rechnung des Shoks zu setzende Verminderung der Intensität und der Tiefe der das venöse Blut ansaugenden Athmungsbewegung. Ausserdem konnten viele Fälle von Lufteintritt, sowohl klinische, wie auch experimentelle, nach Schestopal sich der Beobachtung des Forschers entzogen haben, da der Lufteintritt bisweilen von charakteristischem Geräusch des Ansaugens nicht begleitet wird, worauf auch Oppel hinweist. Die Experimente Schestopal's sind noch in der Beziehung interessant, dass sie die allgemein geltende Ansicht von der Gefährlichkeit der Luftembolie wiederlegen. Nach Schestopal ist die Luftembolie im Gegensatz zu jeder anderen eine temporäre und rasch vorübergehende Erscheinung. Die bei der Inspiration in die verletzte Vene eintretende Luft gelangt zunächst in den rechten Vorhof, dann in den rechten Ventrikel und wird von hier aus in die Lungenarterie ge-

stossen. Der venöse Druck, sowie der Druck im rechten Ventrikel steigt. Letzterer beginnt energischer zu arbeiten und drängt die Luft, welche die Kapillare verstopft hat, heraus: die temporäre Luftembolie verschwindet, die Hindernisse im kleinen Blutkreislauf verringern sich, der venöse Druck beginnt zu sinken, der arterielle zu steigen, und nun können wieder Verhältnisse entstehen, die für den Lufteintritt günstig sind. Wird die Vene nicht unterbunden, so wird die das Hinderniss ausgleichende Thätigkeit des rechten Ventrikels im ungleichen Kampfe schliesslich erschöpft, und das Thier geht zu Grunde. Wird aber die Vene rechtzeitig unterbunden, so bleibt das Thier am Leben. Die Todesursache ist somit Nachlassen der Herzthätigkeit. Schestopal vermag für diejenigen klinischen Fälle, in denen sich der Tod plötzlich nach dem Lufteintritt eingestellt hat, eine befriedigende Erklärung nicht zu geben. Von seinen Experimenten mit spontanem Lufteintritt ausgehend, bezweifelt Sch. die Glaubwürdigkeit solcher Fälle und nimmt an, dass bei willkürlichen Verletzungen der Venen Lufteintritt nur in Ausnahmefällen beobachtet wird und eine besondere Gefahr nicht darbietet.

Die Frage der Behandlung von Verletzungen der V. jugularis ist früher nicht soviel erörtert worden wie etwa die der Behandlung von Verletzungen der V. femoralis. Die Chirurgen haben ohne Furcht die V. jugularis interna unterbunden, aus derselben grosse Theile resezirt, ohne irgend welche ernste Folgen zu beobachten. Dabrowski[5]), der eine umfangreiche Statistik von Unterbindungen der V. jugularis interna sowohl bei zufälligen, wie auch bei operativen Verletzungen derselben gesammelt hat, sagt, dass unter 67 Fällen nur in 2 schwere Gehirnerscheinungen (Krämpfe, Hemiplegie) auftraten, die jedoch bald verschwanden.

Nach den Angaben von Cholzow,[6]) welche sich auf 32 Fälle von isolirter Unterbindung der V. jugularis interna erstreckten, sollen in keinem einzigen Falle Erscheinungen aufgetreten sein, die auf irgend welche bedeutende Störungen der Blutzirkulation im Gehirn hingewiesen hätten. Nur in zwei Fällen beobachtete man leichtes Oedem und Schmerzen in der entsprechenden Kopfhälfte. Oppel betrachtet auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen sowohl, wie auch auf Grund sorgfältigen Studiums der Literatur die isolirte Unterbindung der V. jugularis interna gleichfalls als vollständig indizirt und ungefährlich.

I. I. Grekow[7]) hat in zwei Fällen von Unterbindung (bezw. Resektion) der V. jugularis interna Kopfschwindel, leichte Cyanose, bedeutendes Oedem des Gesichts und besonders des Halses beobachtet. In dem ersten Falle verschwand die Cyanose am zweiten Tage, während das Oedem noch 10 Tage bestehen blieb; in dem zweiten Falle dauerten der Kopfschwindel und die Cyanose zwei Tage an.

In neuester Zeit machen sich jedoch in der Literatur Stimmen hörbar, welche vor Unterbindung der V. jugularis interna warnen, weil sie zu verhängnissvollen Folgen führe. Rohrbach[8]) beschrieb einen Fall (aus der Klinik des Prof. Bruns) von Gehirnerweichung nach Resektion der V. jugularis interna. Die chloroformirte Patientin (mit metastatischer karzinomatöser Affektion der Halsdrüsen) kam nach der Operation nicht mehr zu sich, blieb die ganze Zeit im bewusstlosen Zustande und starb am sechsten Tage nach der Operation. Die Sektion ergab mangelhafte Entwicklung des rechten Sinus transversus und der rechten V. jugularis interna: der linke Sinus obliquus war sehr breit, während der rechte nur die Form eines Kanals hatte, der nur eine Stopfnadel passiren liess. Dementsprechend waren auch die Schädelknochen asymmetrisch. So war z. B. die rechte hintere Schädelgrube um $^1/_4$ schmäler als die linke.

Rohrbach betrachtet die Seltenheit des Auftretens von Störungen der Blutzirkulation nach Unterbindung der Vene als um so wunderbarer, als die Anatomen eine Veränderlichkeit des Verhaltens der Sinus und der dieselben umschliessenden Knochenrinnen festgestellt haben. Unter 91 von Rohrbach gesammelten Fällen wurde Gehirnerweichung nur in einem Falle beobachtet, leichte Störungen (Cyanose, Oedem der entsprechenden Hälfte, Verengerung der Pupillen und Fehlen der Lichtreaktion, Kopfschmerzen) in neun Fällen. Man muss jedenfalls dessen eingedenk sein, dass die isolirte Unterbindung der einen V. jugularis interna allein zum Tode führen kann.

Theoretisch kann man sich einen Fall von gleichzeitiger Durchschneidung der beiden Vv. jugulares internae (z. B. bei Selbstmördern) vorstellen. In diesem Falle tritt die Frage der Unterbindung besonders scharf hervor. Die Anatomen beantworten diese Frage in positivem Sinne.

Merkel*) bemerkt, dass bei Verstopfung der beiden Sinus obliqui folgende kollaterale Bahnen bleiben: die Kommunikation des Sinus longitudinalis superior mit den Venen der Nasenhöhle durch das Foramen obturatorium, des Sinus cavernosus durch die Vena ophthalmica mit der Vena facialis, der Sinus transversus durch die mit den hinteren Ohrvenen und den Venen des oberen Halsplexus. Klinische Beobachtungen über Unterbindung beider Venen sind in der Literatur nicht vorhanden.

Kummer[9]) führt in seinem Falle, der dem Verlauf und Ausgang nach demjenigen von Rohrbach ähnlich war, die eingetretene Störung der Blutzirkulation im Gehirn auf die Unterbindung der V. jugularis interna zurück. Aber in dem Falle von Kummer, dessen Patient starb, wurde auch die Carotis externa unterbunden, und in Folge dessen können die Störungen der Blutzirkulation nicht einzig und allein auf Rechnung der Unterbindung der Vene gesetzt werden.

Im Allgemeinen führt die Unterbindung der V. jugularis interna keine wesentliche Störungen nach sich und ist als Blutstillungsmethode in der Chirurgie durchaus existenzberechtigt, natürlich dort, wo sie durch andere, bessere Methoden nicht ersetzt werden kann.

Bei zufälligen Verletzungen der V. jugularis interna ist vom technischen Standpunkt aus die Unterbindung weit besser als die Naht. Die zirkuläre Unterbindung ist 18 mal angewendet worden (Mortalitätsprozentsatz 5,5), digitale Kompression und Tamponade 9 mal (Mortalitätsprozentsatz 44,4); nur einmal wurde auf die verletzte V. jugularis interna eine Naht angelegt. Dieser glücklich verlaufene Fall wurde von Pasca**) beschrieben. Man zählt also insgesammt 28 Fälle von nicht operativer Verletzung der V. jugularis interna mit der einen oder der anderen Behandlungsmethode, wobei 23 Patienten genasen.

Unser dritter Fall zeigt, dass die Tamponade selbst bei der Bekämpfung von Blutungen aus sehr grossen Venen vorzügliche Dienste zu leisten vermag. In manchen Fällen erscheint dieselbe als das einzige Mittel zur Blutstillung, wenn in Folge anatomischer Verhältnisse die Stelle der Verletzung behufs Anlegung einer Ligatur oder Vernähung der Wunde nicht zugänglich gemacht werden kann. Es bleibt allerdings noch eine mehrmals angewendete Methode übrig: das Fassen der Vene mittelst Klemme und Zurücklassung der letzteren in der

*) Ich zitire nach Rohrbach.

**) Leider war ich nicht in der Lage, die Beschreibung dieses Falles im Original nachzulesen, während im kurzen Referat, dessen ich mich bedienen musste, weder Lage, noch Form, noch Masse der Wunde angegeben, desgleichen keine Angaben bezüglich des Lumens der Vene nach der Vernähung enthalten sind.

Wunde für die Dauer von einigen Tagen. Aber schon abgesehen von den Unbequemlichkeiten, die mit dem Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Wunde verknüpft sind, ist das Fassen mittelst Pincette am Halse mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Verletzung des N. vagus besonders unerwünscht.

Nach der Tamponade ist als die beste Methode die Nahtanlegung zu betrachten. Die Operation der Nahtanlegung ist eine sehr schwere, besonders bei in querer Richtung verlaufenden Wunden. Nach Oppel darf man mit der Anlegung von provisorischen Ligaturen keine Zeit verlieren; man muss vielmehr, um das Leben zu erhalten, an die Stillung der Blutung denken, nicht an Erhaltung des Lumens. Man kann die Enden der durchschnittenen Vene mittelst federnder Pincetten fassen, sie einander nähern und selbst an der ganzen Zirkumferenz zusammennähen, wie das Kümmel[10]) mit den Oberschenkelgefässen gemacht hat. Es ist nicht nöthig, die Nadel unbedingt durch die äusseren Schichten, ohne die Intima der Vene zu berühren, durchzuführen. Aus den Experimenten Napalkow's[11]) geht im Gegentheil hervor, dass bei Berührung der Intima mit einander das sich bildende Gerinnsel nur die an der Wunde vorhandene Vertiefung ausfüllt; sind aber nur die äusseren Schichten gefasst, so ragt das Gerinnsel in das Gefässlumen in Form eines Wulst zwischen den klaffenden Rändern der Intima hinein.

Was die laterale parietale Ligatur betrifft, so ist sie überhaupt nicht erforderlich. Statt die Gefässwand zu falten, das Lumen der Vene zu verengern und den Patienten der Gefahr einer sekundären Blutung in Folge Abgleitens der Ligatur (die wiederum nur bei kleinen Verletzungen angebracht ist) zu unterwerfen, ist es besser und einfacher, eine Naht anzulegen. Ueber gewisse technische Eigenthümlichkeiten der Naht und deren Anwendung werde ich bei anderer Gelegenheit noch sprechen. (Fortsetzung folgt.)

Oberer seitlicher Bauchwandbruch in der Schwangerschaft durch Stoss mit dem Fusse einer Kuh.

Von

Dr. M. Mayer-Simmern.

In No. 5 der Aerztl. Sachverst.-Zeitung 1902 beschreibt Ign. Knotz 2 Fälle von Bauchwandbruch, die durch Ochsenhornstoss zu Stande kamen.

Eine gewisse Analogie hierzu bietet der nachstehend geschilderte Fall, in welchem der Bauchwandbruch bei einer Schwangeren dadurch zu Stande kam, dass sie zu Boden geworfen wurde und auf dem Boden liegend von einer Kuh mit dem Fusse getreten wurde. Es bildete sich in der Bauchmuskulatur eine Spalte aus, durch die Eingeweide unter die Haut hervortraten.

Die 24 Jahre alte Frau war bis zum November 1897 gesund. Anfang dieses Monates trat Schwangerschaft — es war die dritte — ein, während deren die Frau viel an Erbrechen litt. Sie erkrankte in den nächsten Monaten zuerst an Lungenentzündung, in der Rekonvaleszenz an Magenblutungen und wurde ärztlich von Herrn Dr. A. behandelt. Anfangs März 1898 konnte sie wieder ihrem Haushalte vorstehen und trotz der Schwangerschaft landwirthschaftliche Arbeiten verrichten. Beim Melken, beim Holzschneiden, beim Holen von Viehfutter, selbst beim Mähen will sie mit Hand angelegt haben.

Am 21. Juni 1898 war die Frau damit beschäftigt, einen mit Dünger beladenen Wagen aufs Feld zu fahren, vor den drei Kühe gespannt waren. Die vorderste der Kühe machte beim Anziehen Seitensprünge, warf die Frau zu Boden und trat sie mit dem linken Vorderfuss gegen den Unterleib.

Nach dem Tritt verspürte die Verletzte heftige Schmerzen, konnte sich aber allein zu ihrer 100 Meter entfernten Wohnung schaffen und legte sich zu Bett.

Es trat Erbrechen galliger Massen ein; allerdings nicht sofort, erst nach einigen Stunden.

Da man fürchtete, es möchte eine Unterbrechung der Schwangerschaft eintreten, so wurde am 23. Juni ein Arzt, Herr Dr. B., zugezogen, der die Frau bereits von früher her kannte.

Derselbe fand in der linken Unterbauchgegend, an einer Stelle, wo früher bestimmt eine Anschwellung nicht bestanden hatte, eine kleine, sehr schmerzhafte Anschwellung, „die den Eindruck eines frisch herausgetretenen Eingeweides machte.“

Da Schmerzen ähnlich Geburtswehen eintraten, die Frau verminderte Kindsbewegungen zu fühlen vermeinte, hielt Dr. B. es nicht für ausgeschlossen, dass die Frucht absterbe.

Auch in den nächsten Wochen trat bei geringen Anstrengungen eine Anschwellung auf, die in der Ruhe wieder zurückging; mit dem Auftreten der Anschwellung waren Schmerzen vergesellschaftet, die bald als wehenartige, bald als kolikartige beschrieben wurden.

Die Arbeitsfähigkeit nach dem Unfalle war eine geringe. Die Frau musste, auch der Schwangerschaft wegen, viel ruhen, konnte nur leichte Hausarbeiten verrichten. Die befürchtete Unterbrechung der Schwangerschaft trat nicht ein. Im Laufe des August erfolgte zum normalen Termin die Geburt.

Die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wurde von dem behandelnden Arzte auf 90 % geschätzt und diese allein auf den Unfall zurückgeführt.

Im Oktober 1898 klagte die Frau, sie könne Arbeiten nicht ausführen, die Bewegungen mit den Armen nach aufwärts erforderten; sie empfinde ferner einen dauernden Drang nach abwärts, der sie sehr in ihrer Thätigkeit hindere.

In Vertretung des zuständigen Bezirksarztes wurde ich von dem Herrn Vorsitzenden des Sektionsvorstandes beauftragt, die Frau, die ihr Kind säugte und so früh nach der Geburt nicht reisen konnte, in ihrer Wohnung zu untersuchen.

Ich fand eine zarte blasse Frau, von geringem Fettpolster, schwacher Muskulatur. In den Bauchdecken fand sich in der schrägen Bauchmuskulatur, etwa handbreit über dem Nabel, eine schräg von oben aussen nach unten innen verlaufende Lücke von etwa $3\frac{1}{2}$—4 cm Länge und 1—$1\frac{1}{2}$ cm Breite.[1])

Daneben bestand eine Retroflexio uteri. Die Klagen bezogen sich auf Magenschmerzen, das Gefühl von Drang nach abwärts.

In meinem Gutachten nahm ich an, dass die Arbeitsfähigkeit nahezu vollständig geschwunden sei, dass in erster Linie Geburt und Säugegeschäft, die Folgen des Magengeschwürs und die Rückwärtslagerung der Gebärmutter hierfür verantwortlich zu machen seien. Die Lücke in den Bauchdecken sei zwar durch den Unfall erzeugt, bedinge aber eine Schädigung der Erwerbsfähigkeit von höchstens 10 %.

Auf Grund dieses Gutachtens wurden die Ansprüche der Verletzten abgelehnt.

In ihrer Berufungsschrift gaben die Eheleute an: Die

[1]) Ich muss diesen Theil meines Berichtes verkürzt und aus dem Gedächtniss wiedergeben, da mir die Abschrift des ganzen Gutachtens gerade an dieser Stelle nicht mehr zur Hand ist.

Frau habe schon früher 2 Schwangerschaften, Geburten und Säugungen ohne Störungen der Arbeitsfähigkeit durchgemacht. Auch die Rückwärtslagerung der Gebärmutter habe gewiss schon früher bestanden, ohne dass die Arbeitsfähigkeit gestört war. Das Magengeschwür sei geheilt gewesen. Vor dem Unfall sei die Frau gesund gewesen und habe eine volle Arbeitskraft ersetzt; von dem Eintritt des Unfalles an sei sie ununterbrochen krank gewesen: „also auch während der Schwangerschaft. Für diese Zeit können doch Geburt, Säugegeschäft und Rückwärtsbeugung der Gebärmutter gewiss nicht in Betracht kommen, sondern nur der Unfall."

In der Schiedsgerichtssitzung vom 24. März vertrat ich mein Gutachten. Auch das Schiedsgericht nahm an, dass die Erwerbsunfähigkeit, soweit sie durch den Unfall hervorgerufen ist, keine 10 Prozent beträgt. „Bei dieser vom Gericht für zutreffend erachteten Schätzung fällt besonders der vom Sachverständigen hervorgehobene Umstand ins Gewicht, dass die Beschwerden, welche die durch den Unfall hervorgerufene Lücke in den Bauchdecken verursachen könnte, durch das Tragen einer Leibbinde beseitigt werden können und dass weiterhin nach den Angaben, die die Klägerin selbst dem Sachverständigen gemacht hat, „Wochen lang kein Darm mehr durch den Spalt hindurchgetreten ist".

Auf erhobenen Rekurs der Klägerin hat das Reichsversicherungsamt am 7. Dezember 1899 entschieden:

„Unstreitig steht das Leiden der Klägerin mit dem am 21. Juni 1898 erlittenen Unfall in ursächlichem Zusammenhang. Wenn nun der Sachverständige, Kreiswundarzt Dr. Mayer in Simmern, in seinem Gutachten vom 24. März sagt, dass die durch den Unfall hervorgerufene Erwerbsbeschränkung der Klägerin nicht 10 Prozent betrage, weil der Fehler, — die Lücke in der Bauchdecke — durch das Tragen einer Leibbinde ausgeglichen werden könne, so hat sich das Rekursgericht dieser Ansicht nicht anschliessen können. Schon der Umstand, dass die Klägerin eine Leibbinde tragen muss, um dadurch das Heraustreten des Darmes durch den in der Bauchdecke befindlichen Spalt zu verhindern, rechtfertigt die Annahme, dass ihr das Leiden nicht unerhebliche Beschwerden verursacht und eine gewisse Vorsicht bei Ausübung schwererer Arbeiten zur Pflicht macht. Die Angabe, dass sie ihre Arbeiten nicht, wie bisher, verrichten könne, erscheint daher in gewissem Sinne glaubhaft.

Ihre Erwerbsfähigkeit ist somit gegen früher gemindert. Das Reichsversicherungsamt hat den Grad der verminderten Erwerbsfähigkeit auf 10 Prozent geschätzt und dementsprechend der Klägerin eine Rente von 10 Prozent derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit zuerkannt."

Verletzungen durch den Stoss mit dem Fusse einer Kuh sind in mancher Beziehung den Pferdehufverletzungen ähnlich. Die grosse, an umschriebener Stelle einwirkende Gewalt kommt beiden zu: beide sind im Stande, subkutane umschriebene Zusammenhangstrennungen auch fester Körpertheile zu erzeugen.

Zur Erläuterung möchte ich einen Fall erwähnen, in welchem ein Ackerer am 27. Juli 1893 derart durch den Fuss einer Kuh gegen das r. Kniegelenk gestossen wurde, dass sich bei der durch einen Arzt am 5. September 1893 vorgenommenen Untersuchung „nach aussen von der frei beweglichen Kniescheibe, zwischen ihr und dem ligt. laterale ext. auf der vorderen, bezw. seitlichen Fläche des Condylus externus femoris ein etwa bohnengrosser, beweglicher, harter Körper nachweisen liess, der indess nicht bis zum Gelenkspalt selbst verschoben werden konnte." Dem untersuchenden Kollegen, dem verstorbenen Herrn Kreisphysikus San.-Rath Dr. M., gab der Verletzte an, er müsse das Bein immer steif halten. Thue er das nicht, so trete sehr häufig ein ausserordentlich heftiger Schmerz an der „inneren" Seite des Gelenkes auf, der ihn fast zum Schreien bringe, aber im nächsten Augenblick wieder fort sei. Am 3. November 1893 wurde durch Herrn Prof. Dr. W.-Bonn das Kniegelenk eröffnet und die mit der Gelenkkapsel fest verwachsene Gelenkmaus entfernt.

Die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ist indessen noch Jahre hindurch 15 % gewesen; erst Ende 1898 (ich habe damals den Mann untersucht) war die Arbeitsfähigkeit eine normale.

Bei subkutanen Verletzungen durch Pferdehuf können ähnliche Absprengungen allerdings leichter eintreten, da zu dem Angriffe des ganzen Hufes noch der besondere des Stollens kommen kann.

Ich sah jüngst kurz nach der Verletzung einen Ackerer, dem, nachdem er zu Boden lag, ein Pferd mit dem Hufe eine Zerreissung von Muskelpartieen des l. M. Rhomboideus und mit dem Stollen eine Absprengung des Knochens am medialen Schulterblattrande derart beigebracht hatte, dass das getrennte Knochenstück mit seinem peripheren Ende mit dem Schulterblatt in Zusammenhang blieb, während das mediale, obere Ende um seine Achse nach abwärts gedreht war.

Sind nun allerdings Huf des Pferdes und Fuss der Kuh im Stande, subkutane Zusammenhangstrennungen der Muskulatur zu erzeugen, so dürfte für unseren Fall der Mechanismus der Entstehung der Spalte in der schrägen Bauchmuskulatur etwas anders zu deuten sein. Nehmen wir an, durch den Stoss mit dem Fuss der Kuh habe die äussere Bauchmuskulatur plötzlich an umschriebener Stelle eine starke Wölbung erhalten, die die Muskulatur dem darunterliegenden, hochschwangeren Uterus anzupassen versuchte, so würde sich eine Zusammenhangstrennung an der zumeist gedehnten Stelle in ähnlicher Weise erklären, wie der Sprung der Tabula interna bei intakter externa in der durch König's Lehrbuch bekannten Weise von Tevan erklärt wird. Ich nehme also an: Bauchhaut und Muskulatur mit ihrer weniger ausgeprägten Krümmung, mit ihrem grösseren Radius wurden durch den Tritt auf einen Moment dem stärker gewölbten Uterus angepasst. Beim Zurückgehen in die alte Wölbung rissen dann die Bauchmuskelfasern durch, während die Haut durch ihre grössere Elastizität eine Verletzung nicht erlitt.

Der hochschwangere Uterus hat auf diese Weise die Därme, die bei cirkumskript wirkenden Verletzungen so grossen Gefahren ausgesetzt sind, geschützt.

Von allen Instanzen, Berufsgenossenschaft, Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt, ist der Spalt in den Bauchdecken als traumatisch entstanden angesehen worden. Die Retroflexio uteri dagegen als traumatisch entstanden anzusehen, vermochte keine der berufenen Behörden, obwohl thatsächlich eine Verletzung des Uterus in der Schwangerschaft stattgefunden hat. — Die Wehenschmerzen lassen sich nicht anders erklären, als dass eine umschriebene Quetschung ihnen zu Grunde lag. Aus dieser umschriebenen Quetschung in der Schwangerschaft eine im Spätwochenbett beobachtete Retroflexio herzuleiten, lässt sich, um mit Fritsch (Aerztl. Sachv.-Zeitung, 1901, S. 476) zu reden, „logisch nicht deduziren". Die Klagen über den dauernden Drang nach abwärts sind auch erst in dieser späteren Zeit aufgetreten.

Interessant ist, dass nach v. Angerer (Chir.-Kongr. 1900[1]) frühes Auftreten von galligem Erbrechen als ziemlich sicheres Zeichen einer Magendarmverletzung gilt. Hier ist

[1]) Vergl. auch E. Lexer, Ueber Bauchverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. 1901, S. 1197.

aber eine Bauchkontusion vorhanden gewesen ohne nachweisbare Magendarmverletzung und doch sagt der Bericht: „Es trat Erbrechen galliger Massen ein, allerdings nicht sofort, erst nach einigen Stunden.“

Da im Allgemeinen[2]) bei Bauchdeckenbrüchen eine Erwerbsbeeinträchtigung von 25—50 pCt. anzurechnen ist, so ist die Schätzung der Erwerbsschädigung durch das Reichs-Versicherungsamt im vorliegenden Falle besonders zu betonen.

Dem Vorstande der Rheinischen Landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft spreche ich auch hier meinen verbindlichen Dank für Ueberlassung der Akten aus.

Referate.

Chirurgie.

Die Entwicklung des Knochenkallus unter dem Einflusse der Stauung.

Von Dr. A. Bum.

(Aus dem Institute für allgem. und exp. Pathologie der Wiener Universität).

(Archiv für klinische Chirurgie, Band 67, Heft 3.)

In ausserordentlich sorgfältigen, jede Fehlerquelle ausschliessenden experimentellen Untersuchungen an Kaninchen und Hunden hat Verf. den Einfluss der Stauung auf die Kallusbildung studirt. Er frakturirte zu diesem Zwecke die Tibiadiaphyse der hinteren Gliedmassen und setzte die eine Seite unter Stauung. Nach seinen Beobachtungen war die Kallusbildung auf der gestauten Seite ausnahmslos weiter fortgeschritten, als auf der nicht gestauten. Dieser Fortschritt betraf in erster Linie den periostalen Kallus. Es scheint durch die Stauung die Ablagerung von Kalksalzen gefördert zu werden. Der Antheil des Markkallus an diesen Fortschritten war in manchen Fällen deutlich, stand jedoch hinter dem des periostalen erheblich zurück. Ob der intermediäre Kallus durch die Stauung eine thatsächliche Förderung erfährt, konnte nicht entschieden werden.

Nur bei Tendenz zu guter Kallusbildung konnte von einem nennenswerthen Erfolge der Stauung gesprochen werden; es bestehen in dieser Beziehung grosse individuelle Verschiedenheiten. Niehues-Berlin.

Ueber traumatische Exostosen.

Aus der Tübinger chir. Klinik.

Von Dr. Schuster.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. Bd., Heft 2.)

Sch. bringt die Krankengeschichten von vier Patienten bei denen sich im Anschluss an einen Hufschlag in wenigen Wochen eine grosse Exostose des Oberschenkels entwickelte. Bei einem fünften Kranken entstand die Geschwulst im Zusammenhange mit einer Muskelzerreissung, bei welcher vermuthlich auch ein Perioststückchen vom Knochen losgelöst war. Die Tumoren zeigten schnelles Wachsthum, doch trat bei einigen ein spontaner Stillstand ein. Die Diagnose machte keine Schwierigkeiten; von Knochensarkomen wurden die Geschwülste durch das völlige Fehlen von Verwachsungen mit der Umgebung, sowie durch den Stillstand im Wachsthum unterschieden.

Die bei vier Kranken vorgenommene Operation führte in allen Fällen zu einem mehr oder weniger grossen Rezidiv, das jedoch keine Beschwerden verursachte. Verf. empfiehlt, bei sicher gestellter Diagnose von der Operation vorläufig abzusehen und erst zur Entfernung der Geschwulst zu schreiten, wenn sich Beschwerden erheblicher Art einstellen.

Niehues-Berlin.

[2]) Stolper in Rapmund, Der beamtete Arzt. S. 478.

Passive Bewegungen.

Von Dr. O. Thilo-Riga.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde. IX. Jahrg., No. 3.)

In der letzten Zeit ist man allgemein immer mehr davon abgekommen, kranke Gelenke durch fixirende Verbände unnöthig lange zu immobilisiren. Verf. huldigt der entgegengesetzten Therapie im weitesten Masse. Er beschränkt sich nicht darauf, Gelenksteifigkeiten, welche nach chronischen Rheumatitiden, Infektionskrankheiten und dergleichen zurückgeblieben sind, mediko-mechanisch zu behandeln; „auch beim Greisenbrand (Arteriosklerosis) wendet er passive Bewegungen an“, behandelt „die Venenentzündungen mit Hochlagern und passiven Bewegungen“ und „hält besonders bei Tuberkelgelenken die Herstellung der Beweglichkeit für höchst wichtig, da durch die Bewegungen das Gelenk am besten von Krankheitserregern gereinigt wird.“ Bei hochgradig zerstörten Gelenken mit Eiteransammlungen verzichtet er jedoch auf Bewegungen, entfernt den Eiter und die abgestorbenen Knochentheile operativ und bemüht sich durch starre Verbände das Gelenk unbeweglich zu machen.

Die mechanischen Uebungen lässt Verf. nicht an Pendel- oder Zanderapparaten vornehmen, denn „bekanntlich sind passive Bewegungen mit diesen Apparaten bei schmerzhaften Gelenken sehr empfindlich“; er hat vielmehr eigene Apparate konstruirt, an welchen „die Kranken oft stundenlang recht empfindliche Gelenke bewegen können“. Sie „geben sogar stets an, dass die Bewegungen den Schmerz ihrer Gelenke milderten.“ Die Apparate haben ausserdem den Vorzug höchster Einfachheit, so dass „man sie in jeder Bauernstube herstellen und verwenden kann.“ Sie bestehen aus einigen Gleitrollen, welche in die Wand eingelassen werden und zum Leiten verschiedener Schnüre dienen, mehreren Gewichtstücken und Vorrichtungen (Halfter, Lampendocht) zur Befestigung der Gliedmassen an die Schnüre. Das Genauere muss im Original nachgelesen und an den zahlreichen Abbildungen studirt werden.

Verf. legt den grössten Werth auf möglichst zartes Vorgehen, so dass die Kranken dem Arzt ihr Zutrauen schenken und aufhören, zu „spannen“. Hierdurch allein werden schmerzfreie Bewegungen ermöglicht. Ist die Schmerzhaftigkeit besonders gross, so greift Th. für die 1. Uebung zur Narkose, für die nächsten Male zur Morphiumspritze.

Die Erfolge, welche Verf. mit dieser Behandlung erzielt, sind recht günstig; er gedenkt dieselben nächstens aus den Unfallakten zu veröffentlichen. Niehues-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Wie wirken Traumen auf die Psyche erblich belasteter und seelisch minderwerthiger Personen?

Von Karl Gumpertz.

(Deutsche medizinische Presse. 1901. No. 15—17.)

Vielfach wird behauptet, dass erblich Belastete, Trinker, Epileptiker, Kriminelle, deren psychisches Gleichgewicht leicht zu alteriren ist, durch Schreck, Unfall etc., häufig in einen Zustand gestörten Gleichgewichts gerathen. So plausibel diese Ansicht auch ist, hält sie V. an der Hand eigener, zum Theil mitgetheilter Erfahrungen nicht für erwiesen. Trotz schwerer Verletzung vermisste er bei solchen Fällen die so eigenartigen Zeichen der traumatischen Neuropsychose.

Für den weniger arbeitsfreudigen Minderwerthigen bedeutet der Unfall durchaus nicht einen so tiefen Eingriff in seine gesammten sozialen Verhältnisse wie beim gesunden Arbeiter, der nur mit Schrecken an die Zukunft denkt.

Bei den zu epileptischen Zuständen neigenden Individuen können sich, oft genug unter Mitwirkung des Verfahrens der

Rentenfestsetzung, krankhafte Beeinträchtigungsideen entwickeln. Ernst Schultze.

Bemerkungen zur physikalischen und suggestiven Behandlung der nach Unfällen auftretenden Neurosen.

Von Dr. A. Laquer-Frankfurt a. M.

(Therapie der Gegenwart. Juni 1902.)

Verfasser hält die physikalischen Heilmittel für die bei Unfallneurosen wirksamsten, weil sie am ehesten zu Trägern einer heilsamen Suggestion werden. Beim ersten Auftreten hypochondrischer oder neurasthenischer Züge im Krankheitsbilde einer Unfallverletzung hat der Arzt die Behandlung persönlich in die Hand zu nehmen und alsbald auch die nervöse Störung mit zu berücksichtigen. Massage, warme Begiessungen, nasse Wickelungen, leichte Faradisation kommen in diesem Stadium in Betracht. Bei ausgebildeter Störung wird vorsichtig galvanisirt, faradisch massirt, elektrisch gebadet. Nie soll man, um „Simulanten zu entlarven", gewaltsame Reize appliziren. Abgesehen von der ethischen Unzulässigkeit solcher „Foltern", schaden sie dem Kranken; ebenso warnt Verfasser vor dem faradischen Pinsel. Zum Schluss geht er kurz auf die Bedeutung von „Unfallnervenkliniken" ein, ein Thema, das in nicht ferner Zeit von anderer Seite in dieser Zeitschrift erörtert werden soll.

Ueber einige seltenere Formen von Krisen bei der Tabes dorsalis sowie über die tabischen Krisen im Allgemeinen.

Von Otfrid Foerster.

(Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie. 1902. April.)

Nach der kasuistischen Mittheilung zweier seltenen Formen von Krisen (Geschmackskrisen und Herz-Larynx-Akustikus-Krise) erörtert Verfasser die allen Krisen trotz ihrer Verschiedenheit zu Grunde liegenden gemeinschaftlichen Merkmale. Diese sind im Allgemeinen anfallsweises Auftreten sensibler Reizerscheinungen in der betreffenden Organssphäre (Schmerzen, Parästhesien), von motorischen Reizerscheinungen (Erbrechen, Husten, Peristaltik, Zwangsharnen, Erektion, Pulsbeschleunigung etc.) und starker Hypersekretion des betreffenden Organs. Er nimmt an, dass den Krisen ein permanenter Reizzustand der sensiblen Fasern des jeweiligen Organs zu Grunde liegt; die Wirkung der Summation der Reize erklärt die Periodizität.

Die lancinirenden Schmerzen sind den Krisen verwandt; es fehlen zwar für gewöhnlich motorische Reizerscheinungen, aber in vereinzelten Fällen sind diese Schmerzen von tonischen oder tonisch-klonischen Muskelkrämpfen begleitet.

Ernst Schultze.

Ein Beitrag zur Frage über „infantile Tabes".

Von H. Idelsohn.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. XXI. Band, 3. und 4. Heft.)

Das sechs Jahre alte Mädchen, das von syphilitischen Eltern stammt, zeigt Pupillendifferenz, Lichtstarre, wenig ausgiebige Akkommodationsreaktion; kein Romberg; Hypalgesie an den unteren Extremitäten; Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe. Das Kind schläft Tags über oft ein, fällt beim Laufen leicht hin; psychisch gut entwickelt.

Verf. schliesst das Vorliegen eines tabesähnlichen Symptomenbildes einer lues cerebrospinalis hereditaria aus (Fehlen der Reizerscheinungen; kein Schwanken der Symptome; Erfolglosigkeit der spezifischen Therapie), ebenso auch Friedreichsche Krankheit; es liegt echte infantile Tabes vor.

Wie die vom Verf. zusammengestellte Uebersicht ergiebt, ist kein Fall infantiler Tabes bekannt, wo Anhaltspunkte für eine luetische Infektion fehlen; auffallend ist das relativ häufige Befallenwerden des weiblichen Geschlechts. (3 w. : 4 m).

Ernst Schultze.

Ueber Lachschlag (Lach-Schwindel, — Lach-Ohnmacht).

Von H. Oppenheim.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. April 1902.)

Zwei sonst ganz gesunde Kranke aus des V.'s Klientel wurden bei dem natürlichen, durch den heiteren Affekt hervorgerufenen Lachen in einen Zustand plötzlicher, absoluter, sehr schnell vorübergehender Bewusstlosigkeit versetzt, so dass sie mit starrem Blick und Gesichtsausdruck zusammensanken oder jählings hinstürzten; dabei fehlten Zuckungen, Zungenbiss, Harnabgang. Der Anfall ist weder durch Kitzelreflex noch durch forcirte Respirationsbewegungen auszulösen.

Diese eigenartigen Beobachtungen sind unter den bisher bekannten Krankheitsformen nicht unterzubringen; vor Allem nicht bei der Epilepsie noch bei der Hysterie. Sie stehen noch am nächsten dem von Charcot beschriebenen sog. Larynxschwindel oder Kehlkopfschlag: die sonst gesunden oder nervösen bezw. nervenkranken oder kehlkopfleidenden Individuen haben ein Kitzel- oder Erstickungsgefühl im Halse; nach ein paar Hustenstössen werden sie momentan bewusstlos mit allgemeiner Körperlähmung.

O. schlägt für die mitgetheilte Beobachtung die im Titel genannte Bezeichnung vor. Ernst Schultze.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Generalversammlung des Vereins der Bahnärzte und Bahnkassenärzte des Eisenbahndirektionsbezirks Kassel am 22. Juni 1902.

Der Vorsitzende Geheimrath Dr. Bode eröffnet die Sitzung. Schriftführer: Dr. Ebert.

Anwesend: Regierungsrath Löwe als Vertreter der Königlichen Eisenbahndirektion, die Bahnärzte: Dr. Lambert-Melsungen, Bode-Seesen, Baruch-Paderborn, Schneider-Göttingen, Hoffmeister-Biedenkopf, Foerster-Bigge, Führer-Wolfhagen, Müller-Northeim, Siebert-Karlshafen, Stahl-Bevern, Oberdiek-Dransfeld, Dreising-Kassel, Uhle-Altenbeken, Benthaus-Neuhaus, Schröder-Höxter, Bremer-Beverungen, Fuhr-Niederzwehren, Köbrich-Trendelburg, Siebert-Guxhagen, Jansen-Gudensberg, Kraatz-Borken, Mourot-Heringen, Wander-Lauterberg, Loer-Büren, Geisthövel-Soest, Lüsse-Sassendorf, Lemmer-Alfeld, Pauling-Markoldendorf, Klingner-Salzderhelden, Eichenberg-Witzenhausen, Hoffmeister-Freden, Altenburg-Bebra, Brill-Eschwege, v. Heusinger-Marburg, Georg-Paderborn, Ehrlich-Stadtoldendorf, Bering-Fröndenberg, Böcking-Rossla, Müller-Wallhausen. Regierungsrath Löwe spricht das Bedauern des Präsidenten der Königlichen Eisenbahndirektion aus, an der heutigen Sitzung nicht Theil nehmen zu können, da er durch die Feier der Grundsteinlegung des Lokomotivführerheims in Münden in Anspruch genommen sei, und wünscht den Arbeiten der Versammlung einen guten Verlauf. Der Vorsitzende theilt mit, dass der Verein durch den Tod vier Mitglieder verlor, die Herren Dr. Giesler-Kassel, v. Heusinger-Marburg, de Bra-Gandersheim, Wehr-Worbis, welche allezeit ein reges Interesse an den Vereinsangelegenheiten gezeigt hätten. Zum Andenken an dieselben erheben sich die Anwesenden. Von dem bisherigen Vorstand werden wiedergewählt: Bode-Kassel, Lambert-Melsungen, Ebert-Kassel, sowie neugewählt: Oberdiek-Dransfeld, Dreising-Kassel.

Ueber die Sitzungen des Zentralausschusses deutscher Bahnärzte am 12. und 13. April 1901 und des engeren Ausschusses

am 12. Januar 1902 (Aerztl. Sachverständige Zeitung 1901 No. 10) berichtet der Vorsitzende, indem er ausführlicher die Gründe darlegt, welche Zeitlmann-München zu dem Antrag auf Führung einer Morbiditätsstatistik bestimmten. Die Versammlung, welcher mehrere Exemplare der von Zeitlmann entworfenen Krankenzettel vorgelegt wurden, erklärte sich bereit zur Führung einer Morbiditätsstatistik. Ausserdem hob er hervor, dass, nachdem die Zahl der bahnärztlichen Vereine, welche dem Verband der deutschen Bahnärzte beigetreten sind, sich wesentlich vermehrt habe, vom Zentralausschuss die Einrichtung eines engern Ausschusses beschlossen und dieser alsbald gewählt wurde. Stich's-Nürnberg Entwurf eines neuen einheitlichen Formulars zur Untersuchung der für den Eisenbahndienst auszuwählenden Personen wurden in grösserer Zahl in der Versammlung vertheilt und die Aufforderung an die Mitglieder gerichtet, etwaige Ausstellungen an der Zweckmässigkeit des Formulars dem Vorstand zu unterbreiten.

Für den Delegirten zur Versammlung des Zentralausschusses wird ein Reisezuschuss aus der Vereinskasse bewilligt. Es folgt ein kurzer Kassenbericht, aus welchem hervorgeht, dass das Vermögen des Vereins zur Zeit 304 Mark beträgt.

Nach Revision der Kasse seitens zweier Mitglieder wird dem Kassenführer Entlastung ertheilt.

Ueber die Frage, ob ein Wechsel des Versammlungsortes der Bahnärzte wünschenswerth sei, entscheidet man sich allgemein für Kassel.

Zu dem Antrage, den Bahn- und Kassenärzten je ein Exemplar des Amtsblatts der Königlichen Eisenbahndirektion zuzusenden, wenn in denselben Verfügungen enthalten sind, welche zu kennen den Aerzten von Wichtigkeit ist, äussert sich der Vertreter der Königlichen Eisenbahndirektion, dass nach seiner Ansicht die Zustellung von Amtsblättern, die Verfügungen enthielten, welche das Bahn- und Kassenarztwesen betreffen, thunlich und zweckmässig sei.

Es wird der Wunsch ausgesprochen, dass die Gutachten der Aerzte, in denen der Verdacht der Simulation oder Uebertreibung ausgedrückt ist, den Betreffenden nicht im Wortlaut bekannt gegeben werden möchten, weil daraus den Aerzten, besonders in kleinen Orten, mit Sicherheit ein bedeutender persönlicher Nachtheil erwachsen kann.

Nach einigen motivirenden Bemerkungen des Schriftführers zu diesem Antrag erwidert Herr Reg.-Rath Löwe, dass grundsätzlich die Mittheilung derartiger Gutachten vermieden werde, bei Rechtstreitigkeiten aber insbesondere in Sachen, die vor dem Schiedsgericht anhängig seien, lasse es sich nicht vermeiden, den Betheiligten von dem ausführlichen Inhalt der Gutachten Kenntniss zu geben. Es folgt sodann ein nicht vorher in die Tagesordnung aufgenommener Vortrag des Bahnarztes Dr. Geisthövel-Soest: Ueber seine Erfahrungen bei freier Arztwahl. Derselbe berichtet über äusserst ungünstige Verhältnisse hinsichtlich des Honorars unter Zugrundelegung der Berechnung nach Points. Der Durchschnittssatz pro Point erreichte kaum 40—48 Pfennig, zumal der Vortragende seine Thätigkeit nach allen Richtungen hin entfaltet und viele Bahnangehörige in den Krankenhäusern selbst operirt hatte und obendrein noch Auslagen für Assistenz und Herstellung von Röntgenaufnahmen gehabt hatte. Der Vertreter der Eisenbahndirektion erklärte, auf die einzelnen Ausführungen, Wünsche und Klagen des Redners nicht eingehen zu wollen, da eine Erörterung dieses einzelnen Vertragsverhältnisses für die Generalversammlung des Vereins kein Interesse haben könne, auch stände ihm augenblicklich nicht das Material zur Verfügung, um beurtheilen zu können, in welcher Hinsicht der mit Dr. Geisthövel geschlossene Vertrag der Aenderung bedürfe; er habe erwartet, der Vorredner würde sich im Allgemeinen über die Vortheile und Nachtheile der freien Arztwahl, insbesondere über die Beziehungen zwischen Arzt und Kassenmitglied und den finanziellen Einfluss der freien Arztwahl auf die Krankenkasse äussern; er müsse dem Vortragenden anheimgeben, wegen Abänderung des Vertragsverhältnisses persönlich vorstellig zu werden.

In der Diskussion bedauert Dr. Oberdiek, dass das Thema der freien Arztwahl nicht auf der Tagesordnung stehe und verbreitet sich mit kurzen Worten über seine sehr ungünstigen Erfahrungen bei freier Arztwahl. In gleichem Sinne spricht Dr. Baruch und betont namentlich unter allgemeinem Beifall, dass das Ansehen der Bahnärzte dabei zu sehr leide.

Dr. Baruch-Paderborn hält seinen Vortrag über die ärztlichen Beobachtungen bei der Altenbekener Eisenbahnkatastrophe und macht im Anschluss daran einige Bemerkungen über den Inhalt der Rettungskasten. Die Katastrophe ereignete sich dadurch, dass der wenige Minuten dem D-Zuge nachfahrende Personenzug auf die zurückgesetzte Nachdruckmaschine des ersteren, welcher ein Pferd im Schierenberge überfahren hatte, aufprallte. Die Druckmaschine wurde auf den Wagen 3. Kl., welcher den Schluss des D-Zuges bildete, geworfen und durchfuhr ihn der Länge nach, seinen Inhalt qu. „ausweidend". Das Unglück ereignete sich um 12 Uhr Mittags, um 2 Uhr Nachm. war der Sanitätszug aus Paderborn zur Stelle. Dr. Uhle aus Altenbeken war bereits da, mit Dr. Baruch fuhren Dr. Könnecke und Dr. Georg mit seiner Sanitätskolonne. Das auf der Strecke befindliche Personal löschte an den brennenden Wagentrümmern mit Schnee, da Wasser zuerst fehlte. Unter dem linken Zylinder der aufgefahrenen Maschine lag ein lebender, hilferufender Passagier, an dessen Befreiung Mannschaften der Königlichen Hauptwerkstätte Paderborn arbeiteten.

Im Graben, neben dem Gleise, lagen zwei todte Männer. Der Unglücksstelle gerade gegenüber befand sich eine nicht mehr bewohnte Wärterbude. Sie enthielt ein sehr kleines nördliches und ein etwas grösseres südliches Zimmer. In ersterem hatte Dr. Uhle vier Schwerverwundete untergebracht. In der Bude herrschte eine erstarrende Temperatur, draussen waren 6° Kälte! Die Verwundeten lagen auf der nackten, schmutzigen und blutgetränkten Erde mit einer spärlichen Schicht Heu bedeckt. So weit sie nicht ohnmächtig waren, klagten sie weniger über Verletzungen als über die entsetzliche Kälte und baten um Schutz. Bei dem Verbinden der Blessirten fehlte es also an Raum einerseits, an Tischen und Stühlen andererseits. Auf den Rettungskästen wurde das nothwendigste Verbandzeug ausgelegt. Dann musste mühsam, im Stehen, mit dem Kopf nach unten, weil auch das Knieen unmöglich war, ohne bei dem geringen Raum die Verwundeten zu stossen, verbunden werden. Es befanden sich dabei komplizirte Arm- und Beinbrüche, Rippenbrüche, Schädelwunden und Weichtheilwunden.

Nach Versorgung der ersten vier Verwundeten waren in den Nebenraum vier weitere Schwerverwundete eingebracht. Auch sie klagten lediglich über die Kälte. Der kleine Ofen im grösseren Zimmer lieferte Rauch, der die Augen bis zum Thränen beizte und Husten verursachte, aber keine Wärme.

Der Vortragende überliess die Verletzten, unter denen sich eine Leberruptur befand, den Kollegen und begab sich hinaus, um zunächst die Verbundenen im Sanitätszug unterzubringen.

An Bahren war Mangel, man improvisirte sie zum Theil aus Leitern. Der Weg zum Zuge führte zunächst über die hohe und schmale Bahnböschung und war bei dem Glatteis äusserst mühsam zu beschreiten. Mit den Bahren konnten dann die Thüren des Wagens III. Kl. nicht passirt werden, es ging nur unter

starker seitlicher Neigung, wobei die Kranken rutschten und laut klagten. Die Verbindungsthüren der einzelnen Wagenabtheile waren absolut unpassirbar. Der 2. Verletzte musste also wieder nach aussen gebracht werden, ebenso der erste zwischen den Bänken bereits gebettete Passagier. Es wurde dann ein Wagen IV. Kl. abgekoppelt und an den Sanitätszug angesetzt. Hier gelang, nachdem die engen Thüren forcirt waren, die Unterbringung, aber, da eine Güterzugmaschine vorlag, konnte der Wagen nicht geheizt werden.

In dem eisigen Raume lagen die 9 Verwundeten auf dem nackten Boden mit Heu überdeckt. 4 Todte lagen im Nebenraum. Um $5^1/_2$ Uhr etwa ging der Sanitätszug nach Paderborn zurück. Hier empfingen den Zug barmherzige Schwestern und die Verletzten bekamen warmen Kaffee und Wein, auch waren Wagen vorhanden.

Noch einmal die Schwierigkeiten des Ausladens, durch die engen Thüren mit den breiten Bahren durchzukommen. Dann bei Glatteis der Transport zum Landeshospital — 6 Verwundete —, zum Vincenzkrankenhaus 3 Verwundete. Später kam der unter der Lokomotive hervorgezogene Passagier und die angekohlten Reste der übrigen Leichen.

Die Katastrophe hatte gefordert an Todten 11 Passagiere, an Schwerverwundeten 9, 4 an Schreckneurose leidende Bahnbeamte, eine Anzahl leicht Verwundeter und weiter gereister Fahrgäste. Brandwunden hatte kein Lebender.

Es waren vorhanden 1 komplizirter Oberarmbruch mit starker Blutung, einfache Knochenbrüche, 3facher Unterkieferbruch, Lähmung durch Spinal-Kompression, Weichtheilwunden, Schädelbruch, Rippenbrüche, Leberzerreissung, Quetschungen, Excoriationen.

Nach den Erfahrungen bei dem Unglück sah sich der Vortragende zur Aufstellung von 4 Forderungen veranlasst:

1. Wollene Decken auf allen kleineren und grösseren Stationen; auch ohne Blutung frieren die Eisenbahnverletzten, da die Herzthätigkeit meist schlecht ist.
2. Ein Korb mit Champagner, Portwein, Sherry, Kognak soll mitgenommen werden. Aether allein genügt nicht zur Anregung und Belebung der Herzthätigkeit und bildet keine stärkende Erquickung für die Verwundeten.
3. Bahren von einer Breite, die das Passiren der Wagenthüren mit Leichtigkeit gestattet. Sie müssen Riemen zum Aufhängen haben, um sehr schwer Verwundete vor Erschütterungen zu bewahren und in so grosser Zahl vorhanden sein, dass jeder Verwundete bis zur Ablieferung ins Spital auf seiner Bahre verbleiben kann. Alles unnöthige Umlagern ist streng zu vermeiden.
4. Einrichtung eines Operationswagens mit Operationstischen, Tischen für das Verbandszeug, Wassergefässen, transportablem Ofen, hinreichendem Licht durch zwei Fenster.

Durchgang zum Lazarethwagen mit Vorrichtung zum Aufhängen der Bahren u. s. w.

Die Sanitätszüge neuester Vorschrift gehen bereits über diese Vorschläge hinaus.

Auch bei der Altenbekener Katastrophe hat sich gezeigt, dass unsere Rettungskasten enthalten als

I. Ueberflüssiges.

1. Den Gyps, da Dauerverbände zwecklos und fehlerhaft sind.
2. Dreierlei Desinfizientien: Jodoform, Karbol, Sublimat, letzteres genügt; Jodoform auf frische Wunden empfiehlt sich nicht.
3. Die vielen Naturgummibinden, höchstens zwei sind ausreichend.
4. Die Langenbeck-Klammern, da die Sicherung der Binden auch sonst wohl möglich ist.
5. Der weibliche Katheter, entweder auch männliche, oder gar keiner.
6. Die Morphiumpulver. Statt deren Pastillen zur Herstellung frischer Injektionsflüssigkeit.

II. Veraltetes.

1. Die Dechamps'schen Nadeln mit Holzgriffen.
2. Die Bisturis mit Hornschalen.
3. Die nicht auskochbaren Pravaz'schen Spritzen. Dadurch liegt die Gefahr der Uebertragung von Tuberkulose, Syphilis, vielleicht auch Carcinom nahe. Wo nicht ausgekocht werden kann, Beigabe so vieler Nadeln, dass jede gebrauchte fortgeworfen werden darf.

III. Unpraktisches.

Das Schienenmaterial. Die Drahtschienen sind zu schwer, zu schmal und zu wenig biegsam. Besser Holzpolsterschienen, Schienen aus Papiermaché oder Aluminium. Einige Volkmannsche Schienen für die unteren Extremitäten mit umklappbarem Fusstheil, für die obere Extremität rechtwinklig oder stumpfwinklig gebogene Schiene.

IV. Es fehlen in den Rettungskästen:

1. Alkohol absolutus zum Desinfiziren der Hände.
2. Ein Kochapparat zum Sterilisiren der Instrumente; er fehlt auch im Sanitätszug merkwürdigerweise. Karboldesinfektion genügt nicht, penetrirende Bauchwunden erfordern rigoroseste Antisepsis, Blutungen an nicht komprimirbaren Körpertheilen, Umstechung oder Unterbindung der Arterien.
3. Ein Nadelhalter.
4. 2 Nadeln etc., 2 Röllchen Seide sind zu wenig.

In den kleinen Rettungskästen befindet sich Opiumtinktur mit der Signatur für Erwachsene 20 Tropfen. Soll dies Mittel in den Händen der Zugführer, Schaffner etc. bleiben, so müssen diese über die Gefährlichkeit instruirt werden, auch soll signirt werden: für Kinder verboten.

Regierungsrath Löwe bringt sein Interesse an dem gehörten Vortrag zum Ausdruck und theilt die Einrichtungen mit, die im weitgehenden Masse seitens der Staatseisenbahnverwaltung auf dem Gebiete des Rettungswesens getroffen worden seien, oder deren Durchführung beabsichtigt werde. Im Gebiet des preussischen Staatsbahnbereichs sind 77 Hilfsstationen eingerichtet, davon entfallen auf den Direktionsbezirk Kassel 4 Stationen, nämlich: Kassel, Paderborn, Northeim und Nordhausen.

Der auf diesen Stationen stationirte Hilfszug, bestehend aus Arzt- und Hilfsgeräthswagen, ist jederzeit zur Abfahrt bereit und muss $^1/_2$ Stunde, spätestens $^3/_4$ Stunde nach eingegangener Meldung abgehen; er wird besetzt von den Aerzten sowie von ausgebildeten Begleitmannschaften, welche selbständige Samariterdienste verrichten können. Der Arztwagen ist ausgebaut aus einem IV. Klasse Wagen und besteht aus 2 Theilen, einem Raum für Kranke und der Abtheilung für den Arzt. In diesem befinden sich ein Operationstisch, Schrank für Verbandmittel und Instrumente, Waschkannen, Wärmapparat und dergleichen. 8 übereinander hängende Krankenbahren befinden sich im Abtheil für Verwundete. Die Verladung geschieht vom Kopftheil des Wagens. Die Thüren gewähren hinreichend Raum für die Traggestelle. Ausserdem sind auf einer grossen Zahl von Stationen Hilfsgeräthschaftswagen stationirt, die hauptsächlich für Aufräumungsarbeiten Verwendung finden. Genaue Vorschriften sind über die Meldung von Unfällen und die Herbeirufung der Hilfsmannschaften er-

lassen worden. Die freiwilligen Sanitätskolonnen haben ohne Ausnahme ihre Bereitwilligkeit zur Hilfeleistung bei Unfällen zugesagt.

Weiterhin spricht Redner über die Rettungskästen, deren Inhalt auf Grund des Gutachtens der Aerzte festgestellt und allgemein vorgeschrieben sei; aus den Rettungskästen älteren Systems werde das Veraltete beseitigt, Neues werde berücksichtigt werden.

Eine genauere Revision der Rettungskästen sei erforderlich, die Vorschriften über die Revision der Rettungskästen würden den Bahnärzten demnächst zugehen.

Bei der weiteren Diskussion macht Dr. Lambert auf die Ungleichmässigkeit des Inhalts der einzelnen Rettungskästen aufmerksam.

Dr. Baruch deutet an, dass Verbandgegenstände, deren Umhüllung einmal geöffnet worden, nicht mehr gebraucht, sondern zu Unterrichtszwecken verwendet werden müssten.

Ein anderer Redner hat auf Haltestellen den Aufbewahrungsort für den Rettungskasten mehrfach sehr ungünstig gefunden.

Regierungsrath Löwe macht sodann Mittheilung über die der Eisenbahn-Direktion zugegangene Einladung zu dem Samaritertag in Posen und fragt, ob einer der Anwesenden beabsichtige, daran Theil zu nehmen, wenn ihm freie Fahrt nach Posen und zurück bewilligt würde. Dr. Ebert.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Weber, L. W. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Verlag von C. Marhold, Halle a. S. 1902. Preis 1,50 Mk.

Eine der schwierigsten Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen ist die Begutachtung von Geistesstörungen nach körperlichen Erkrankungen; hier spielen mitunter Faktoren mit, die für einen in der Psychiatrie nicht besonders erfahrenen Begutachter kaum zu übersehen sind, zumal die Beziehungen der körperlichen Erkrankungen zu den Geistesstörungen noch eines der umstrittensten Gebiete in der Psychiatrie darstellen. Weber hat in der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten es unternommen, Alles, was wir bisher über den Zusammenhang geistiger Störungen zu körperlichen Erkrankungen wissen, übersichtlich zusammenzufassen und kritisch zu durchleuchten. Unter geschickter Vermeidung dessen, was überflüssig und noch bestritten wird, giebt er uns einen kurzen, aber klaren Ueberblick über das, was über den Zusammenhang psychischer und körperlicher Erkrankungen als sicher feststehend erachtet werden kann und macht uns des Weiteren auch noch mit den neueren modernen Anschauungen bekannt, die in verschiedenen geistigen Störungen nur die Folgen einer endo- resp. exogenen Intoxikation erblicken, so z. B. die Psychosen, die sich an Influenza und Typhus, die geistigen Störungen, die sich an Alkohol-, Blei-, Schwefelkohlenstoffvergiftungen anschliessen.

Das erste Kapitel handelt von dem Einfluss der traumatischen Schädlichkeiten auf die Gehirnthätigkeit. Weber findet, dass diese nur dann als alleinige und unmittelbare Ursache von Geistesstörung aufzufassen sind, wenn sie gleichzeitig schwere auch im klinischen Bild nachweisbare Störungen des Gehirns setzen. Im zweiten Kapitel werden die toxischen Schädlichkeiten besprochen. Diese können eine vorübergehende oder dauernde Geistesstörung hervorrufen, deren klinisches Bild eben nur in manchen Fällen ein einheitliches is und einen Rückschluss auf die Ursache gestattet. Das dritte Kapitel bespricht die Psychosen nach Infektionskrankheiten, das vierte die geistigen Störungen im Anschluss an dyskrasische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Karzinome, Syphilis, Tuberkulose). Das fünfte (letzte) Kapitel handelt von dem Einfluss, den die Erkrankungen einzelner Organe auf das Entstehen geistiger Störungen haben. Neben den Erkrankungen der Sexualorgane spielen hier — und das zu wissen und zu erkennen ist für den Praktiker ungemein wichtig — Herzkrankheiten sowie die mannigfachen Magen- und Darmstörungen die Hauptrolle, sie bilden theils eine Gelegenheitsursache für das Auftreten schon anderweitig vorgebildeter Geistesstörungen, zum anderen Theil aber können sie durch reflektorische Reizung, durch Zirkulations- und Ernährungsstörungen eine tiefer liegende und wichtige Ursache für Psychosen abgeben. — Wir sehen, der Inhalt der Abhandlung ist sehr reichhaltig, aber in kurzer und übersichtlicher Form zusammengefasst. Und gerade diese Kürze ist dem Praktiker, der in letzter Zeit ja immer häufiger in die Lage kommt, Unfallsgutachten abzugeben, äusserst angenehm, da er selten Zeit findet, dickleibige Bände durchzuarbeiten.

Hoppe-Uchtspringe.

Klatt, O., Die Körpermessung der Verbrecher nach Bertillon. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und 21 Tafeln. Berlin 1902. J. J. Heine. 82 S. 2,80 M.

Die eigentliche Bestimmung des Klattschen Buches ist, den Zwecken der Kriminalpolizei zu dienen. Aber die praktische Kriminalistik, die wissenschaftliche Forschung über das Verbrecherthum und die gerichtliche Medizin sind Gebiete, die sich zu eng berühren, als dass den Vertretern der Letztgenannten die Fortschritte des zuerst Erwähnten gleichgiltig bleiben könnten. Ausserdem wäre es zweckmässig, wenn die Einheitlichkeit bei der Messung, Bezeichnung und Aufnahme, welche nach Einführung des Bertillonschen Verfahrens bei der Kriminalpolizei durchgeführt ist, auch in der gerichtlichen Medizin und in der Kriminal-Anthropologie vollständig zur Geltung käme.

Wir empfehlen daher unseren Lesern das vorliegende Werk als Nachschlagebuch für die Praxis der Körpermessung und -Beschreibung. Ausserdem wird der Gerichtsarzt, wie überhaupt der ärztliche Sachverständige in dem Buche eine willkommene praktische Anleitung für die photographische Aufnahme von Thatbeständen und für die Aufnahme von Fussspuren finden. F. L.

Tagesgeschichte.

Ueberflüssige Sektionen?

Vor einiger Zeit sprach sich im Archiv für Kriminalanthropologie Kornfeld darüber aus, dass seines Erachtens im Allgemeinen zuviel Leichenöffnungen und im Besonderen zuviel gerichtliche Sektionen gemacht würden. Es widerstehe dem Gefühl Vieler, menschliche Körper ohne Noth zu zerstückeln, und so solle man wenigstens diejenigen Sektionen unterlassen, die zur Feststellung der für das Gericht wichtigen Fragen nicht nothwendig seien.

Wandte Kornfeld sich mit seiner Anregung an einen engeren Kreis von Fachgenossen, so wird in allerletzter Zeit, nicht in Deutschland zwar, aber im Nachbarlande, in einer grossen politischen Zeitschrift gegen die überflüssigen Sektionen Stimmung gemacht, nämlich in Paris im „Figaro". Es wäre leicht möglich, dass bald auch in der deutschen Laienpresse derselbe Ruf Wiederhall fände.

Also fragen wir uns einmal: Wann sind gerichtliche Sektionen überflüssig? Der Laie hat gleich zwei Antworten bei der Hand: „Wenn bei der Begehung der fraglichen strafbaren

Handlung ein glaubwürdiger Zeuge dabei war" und „wenn der Angeklagte seine That gesteht."

Das eine ist so falsch wie das Andere. Zunächst kann auch der glaubwürdigste Zeuge einen Meineid leisten, vorsätzlich oder, in Folge mangelhaften Aufpassens oder ungenügender Erinnerung fahrlässig — bekannt ist der Fall eines Droschkenkutschers, der als unbetheiligter Augenzeuge einer Körperverletzung das dabei benutzte Beil für eine „Gilkapulle" gehalten hatte und demgemäss eidlich ausgesagt hat. Ferner kann der Augenzeuge nicht beurtheilen, wie weit eine besondere Leibesbeschaffenheit oder eine vom Willen des Verletzers unabhängige Komplikation die Folgen der Verletzung beeinflusste.

Ebenso täuschend kann das Geständniss eines Beschuldigten sein. Es gesteht z. B. ein Angeklagter, im Zorne seine Frau erschlagen zu haben, die Sektion ergiebt aber, dass er ihr vorher schon Gift beigebracht hat. Auch ist bisweilen ein Geständniss der Ausfluss einer krankhaften seelischen Veränderung, also beispielsweise: ein nach dem Geständniss eines Anderen von diesem Vergifteter ist in Wirklichkeit eines natürlichen Todes gestorben.

Der dritte Fall, in dem man von einer Sektion etwa absehen könnte, ist der, dass ein schon nach dem äusseren Leichenbefunde klarer Thatbestand vorliegt. Es hat z. B. ein Mann einem andern mit einem Säbel den Schädel eingehauen; man kennt den Thäter und sieht sofort, dass die Wunde tödtlich ist. Gegenüber diesem Vorkommen nennt Kornfeld selbst einen möglichen Einwand. Der Beschuldigte könnte sagen, dass der von ihm Angegriffene kurz vor dem tödtlichen Streich am Herzschlag verstorben sei. Einen solchen Einwand weist K. damit zurück, dass über die aufgestellte Behauptung auch eine Sektion keinen Aufschluss geben könnte. Nun freilich, um so gekünstelte Einwände zurückzuweisen, braucht das Gericht keine Sektion; aber es können selbst in Fällen, in denen der tödtliche Effekt der Verletzung ohne Weiteres schon äusserlich klar ist, noch Leichenbefunde von grösster Wichtigkeit für andere Dinge sein, die den Richter interessiren. Beispielsweise können sich bei dem obengenannten Erschlagenen unabhängig von der Stirnwunde Suffusionen am Hinterkopfe finden, die einen Verdacht auf hinterlistigen Ueberfall zu stützen geeignet sind.

Auch ein anderes Beispiel von „überflüssiger Sektion", das Kornfeld angiebt, kann nicht überzeugend wirken. Es handelt sich darum, dass ein Mädchen heimlich entbunden und das Kind in den Abort geworfen hat. An dem gut entwickelten Kinde sind Verletzungen nicht gefunden worden. Das Mädchen giebt an, beim Herausholen des Kindeskörpers die Nabelschnur zerrissen zu haben; das Kind habe sich nicht gerührt, sie habe es neben sich gelegt, am nächsten Tage den Körper in eine Schürze gewickelt und beseitigt. K. schliesst schon aus den Angaben des Mädchens und dem Besichtigungsbefunde mit voller Bestimmtheit, dass das Mädchen das Kind absichtlich durch Zuhalten der Nase und Zudecken mit Betten erstickt hat. Die Sektion — klassische Zeichen der Erstickung nach stattgehabter Athmung, keine Fremdkörper in den Luftwegen — habe dies lediglich bestätigt. Sieht man aber genauer zu, so erkennt man, wie nothwendig die Sektion war. Als einzigen Grund dafür, dass das Kind nicht scheintodt zur Welt gekommen sein könne, giebt K. vor der Sektion nämlich an: „Wäre die Athmung noch nicht in Gang gewesen, so hätte sich das Kind aus der Nabelschnur verbluten müssen." Diese Anschauung stimmt mit den Lehren der bedeutendsten Frauen- und Gerichtsärzte jedoch nicht überein. Wenn sie auch anerkennen, dass die Nichteröffnung des kleinen Kreislaufs die Verblutung aus der Nabelschnur begünstigt, so sind sie doch weit entfernt, einen bedingungslosen Zusammenhang in dieser Richtung zu behaupten. Schon die Kälte der Aussenluft bewirkt eine Zusammenziehung der Nabelgefässe, die meist genügt, um der Druckkraft des noch dünnwandigen linken Herzens einen ausreichenden Widerstand entgegenzustellen.*)

Wir sehen also: Auch da, wo die Sektion überflüssig erscheinen könnte, ist sie häufig noch recht wichtig. Ausserdem aber muss man noch bedenken, dass die Erhebung der thatsächlichen Ermittelungen Zeit, oft viel Zeit zu kosten pflegt, und dass, je länger man sie hinausschiebt, die Ergebnisse einer Sektion immer fraglicher werden.

Ueberflüssig also ist eine gerichtliche Sektion nur dann, wenn von vornherein der zur Beurtheilung aller den Richter interessirenden Fragen, für die sich bei der Sektion Material ergeben könnte, nothwendige Thatbestand vollständig und zwar mit Ausschluss aller wesentlichen Fehlerquellen festgestellt ist.

Dass die Zahl dieser Fälle gross, dass sie auch nur nennenswerth ist, können wir wohl als ausgeschlossen erachten. Diese „überflüssigen Sektionen" sind ein viel kleineres Unglück, als wenn eine einzige Sektion zum Schaden der Rechtspflege unterlassen wird — von der Wichtigkeit der Leichenöffnungen für die Fortschritte der Gerichtsmedizin, für den Unterricht in derselben und für die praktische Uebung der Gerichtsärzte ganz zu schweigen.

F. L.

Das Arbeitssanatorium.

Fürsorge für Trinker, für Nervenkranke, Lungenkranke, Krüppel — das sind brennende Tagesfragen, welche auch in den Spalten dieser Zeitschrift immer wieder berührt werden, Fragen, deren Lösung unser dringendstes Interesse beansprucht. Vor uns liegt ein Heft, in dem der Versuch gemacht wird, allen diesen Aufgaben der modernen Gesellschaft gemeinsam zu Leibe zu gehen; es betitelt sich: „Das Arbeitssanatorium" und ist von Dr. Eschle, Direktor der Badischen Kreispflegeanstalt Sinsheim, verfasst.

Eschle will die — notabene nicht paranoischen oder querulirenden — Trinker, die Tuberkulose-Rekonvaleszenten, die Neurastheniker, besonders die Unfallnervenkranken und die Unfallkrüppel alle zusammen in grossen Anstalten, zu etwa 300 Personen, unterbringen, in denen sie vorzugsweise mit Land- und Gartenarbeit und mit Schreinerei, ferner aber auch mit anderen ihrer körperlichen Eigenart angepassten Arbeiten bis herab zum Stricken, Liniiren, Korbflechten systematisch beschäftigt werden sollen.

Die Anstalten sollen unmittelbar unter Staatsaufsicht stehen, die Gelder dafür, welche Verfasser auf Grund eigener und fremder Erfahrungen ausführlich vorveranschlagt, sollen durch die Zahlung von Verpflegungskosten seitens der verpflichteten Institute oder Privatleute aufgebracht werden (Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Armenverbände, Wohlthäter, Selbstzahler).

Wir verzeichnen Eschles Vorschlag als sehr beachtenswerth. Dass Heilstätten für die bezeichneten Arten von Kranken geschaffen werden müssen, das ist eine Nothwendigkeit, die zu betonen man nicht müde werden darf. Und dass das „Arbeitssanatorium", wie Eschle es sich denkt, eine sehr zweckmässige, vielleicht die zweckmässigste Form dafür ist, halten wir für durchaus richtig.

Nur eine leidige Frage bleibt auch nach Eschles Vorschlag ungelöst: Was wird aus den Angehörigen, während der Ernährer in der Heilstätte ist? Oft genug gehen Unfall-

*) In der neuesten Nummer des Arch. f. Krim.-Anthr. übt der Wiener Gerichtsarzt Dr. Richter an Kornfelds Auseinandersetzungen und besonders an dem Falle von „Kindsmord" eine scharfe Kritik, die mir leider erst nach Drucklegung dieses Artikels zu Gesicht gekommen ist.

verletzte vorzeitig aus dem Krankenhause, weil daheim ihre Familie darbt, und hier handelt es sich doch meist nur um Wochen, dort mindestens um Monate! — —

Fahrlässige Körperverletzung durch Behandlung mit Röntgenstrahlen.

Der als namhafter Forscher auf dem Gebiete der Radiographie bekannte Arzt Dr. Schürmayer in Hannover behandelte eine junge Dame, die an Bartwuchs litt, mit Röntgen-Bestrahlung. In zwei Behandlungsperioden erzielte er Erfolg ohne schädliche Nebenwirkung. In der dritten Periode setzte er die Bestrahlung trotz des Eintritts einer Hautröthung fort, und es entstand eine Hautentzündung, die später auf Hals und Brust überging und hässliche Narben hinterliess. Nach Ablehnung einer Entschädigungs-Forderung wurde er wegen fahrlässiger Körperverletzung denunzirt. Die Sachverständigen, der zuständige Gerichtsarzt, das Medizinalkollegium der Provinz und die Wissenschaftliche Deputation, bekundeten, dass Dr. Sch. die Bestrahlung nach dem Eintritt der Hautröthe nicht hätte fortsetzen dürfen. Dr. Sch. verlangte die Zuziehung solcher Gutachter, die auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen besonders massgeblich seien. Er machte geltend, dass erfahrungsgemäss die Hautröthe keine Anzeige zum Einstellen der Bestrahlungen gebe, und dass der ungünstige Verlauf der Verbrennung auf ungeeignete Behandlung derselben durch andere Aerzte zurückzuführen sei.

Trotzdem wurde er zu 30 Mk. Geldstrafe verurtheilt; hiergegen wird er, wie die Zeitungen melden, Revision einlegen.

Der endgiltige Abschluss des Streites wird von grosser grundsätzlicher Wichtigkeit sein.

Fünfte Versammlung des Verbandes Deutscher Bahnärzte
zu München, am 18. und 19. September 1902.

Programm.

Mittwoch, den 17. September 1902.

Abends 8 Uhr: Begrüssung der Gäste und ihrer Damen im Hôtel „Rother Hahn“.

Donnerstag, den 18. September 1902.

Vormittags 9 Uhr: Sitzung des Ausschusses des Verbandes deutscher Bahnärzte.

Nachmittags 2 Uhr: Allgemeine Sitzung im Saale des Hôtels „Bayerischer Hof“.

Tagesordnung:

1. Eröffnung der Versammlung durch den Geschäftsführer.
2. Geschäftliche Mittheilungen seitens des Vorsitzenden.
3. Universitätsprofessor Dr. Eversbusch-München: „Praktische Prüfung des Farbensinns mit den beim Eisenbahnbetriebe gebräuchlichen Signallichtern.“
4. Dr. Zeitlmann-München: „Die Erkrankungs-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsverhältnisse der bayer. Eisenbahnbediensteten.“
5. Hofrath Dr. Stich-Nürnberg: „Entwurf eines einheitlichen Formulars für die Untersuchung des Personals in Bezug auf körperliche Tauglichkeit sammt Instruktion für den untersuchenden Bahnarzt.“
6. Dr. Raab-Nürnberg: „Der Alkoholmissbrauch bei dem niederen Eisenbahnpersonal und dessen Verhütung.“

Abends 7 Uhr: Gemeinsames Festessen mit Damen im Hôtel „Bayerischer Hof“.

Freitag, den 19. September 1902.

Vormittags 9 Uhr: Fortsetzung der Verhandlungen (in einem noch zu bestimmenden Lokale), falls dieselben am Tage vorher nicht zu Ende geführt werden konnten.

„Die Rettungseinrichtungen bei den verschiedenen deutschen Eisenbahnverwaltungen“. Referenten: Sanitätsrath Dr. Schwechten-Berlin, Dr. Beck-Mengen (Württ.), Dr. Blume-Philippsburg (Baden), Hofrath Dr. Beetz-Münchon, Dr. Gilbert-Dresden.

Besichtigung des Rettungswagens und Rettungszimmers im Zentralbahnhofe und eines neuen preussischen Arztwagens, dessen Zusendung genehmigt wurde.

Vormittags 11 Uhr: Gemüthlicher Frühschoppen nach Münchener Art im königlichen Hofbräuhaus (Kartensaal).

Nachmittags 2 Uhr: Treffpunkt im Café Luitpold, Briennerstrasse 8. Alsdann je nach Wahl Besichtigung der Stadt, Besuch des Museums für Wohlfahrtseinrichtungen, der physikalisch-therapeutischen Abtheilung im Krankenhause l. Is., des Volksbades, der Volksheilstätte zu Planegg unter sachkundiger Führung.

Bei genügender Theilnehmerzahl ist für Samstag, den 20. September, ein Ausflug an den Tegernsee oder Starnberger See (Rottmannshöhe, Bismarckthurm) beabsichtigt.

(Am 20. September Mittag: Beginn des Oktoberfestes.)

Wir laden die deutschen Bahnärzte zu recht zahlreichem Besuche ein und ersuchen sie, die Theilnahme an der Versammlung und am Festessen baldmöglichst mitzutheilen. Damen sind willkommen. Dieselben werden am 18. September, Vormittags 9 Uhr im Zentralbahnhofe und zwar in dem Wartesaal rechts (nördlich) von der Hauptrestauration von einem Damenkomité empfangen und zur Besichtigung der Sehenswürdigkeiten Münchens eingeladen werden.

Die in nördlicher Richtung nach Hause reisenden Kollegen werden zu einem Aufenthalte in Nürnberg und zur Besichtigung des dortigen Eisenbahnmuseums eingeladen.

Die Kollegen aus Württemberg und Baden, sowie die als Gäste willkommenen Kollegen aus Sachsen können zum Besuche der Versammlung Freifahrt gemäss den zwischen den betheiligten Eisenbahnverwaltungen bereits getroffenen allgemeinen Abmachungen erhalten und zwar auf Ansuchen bei ihrer zuständigen Behörde. Für die Kollegen aus Preussen und den Reichslanden hat der Herr Minister der öffentlichen Arbeiten in Preussen genehmigt, dass sämmtlichen Herren, welche bei ihren zuständigen Direktionen um Freikarten zu diesem Zweck einkommen, diese gewährt werden sollen. Die gleiche Vergünstigung ist den Herren von der Königl. bayerischen Generaldirektion gewährt. Auch für die bayerische Strecke sind die Freikarten bei den zuständigen preussischen Direktionen zu beantragen.

Ein Bureau zur Ertheilung von Auskunft, Abgabe von Theilnehmerabzeichen, Tischkarten, Spezialprogrammen etc. befindet sich am 18. September, Vorm. von 9 bis 11 Uhr im Sitzungssaale des Zentralbahnhofes, Nordbau (Eingang Arnulfstrasse, rechts vom Hauptportale), ausserdem von Nachm. 1 Uhr ab im Hotel „Bayerischer Hof“ (Sitzungssaal). Zur Deckung der Unkosten wird ein Theilnehmerbeitrag von 3 Mk. erhoben werden.

Einzelne Aenderungen bleiben vorbehalten. Etwaige Anfragen bitten wir an den Schriftführer Herrn Dr. Dischinger, München, Landsbergerstrasse 108, I, zu richten. Zum Schlusse machen wir noch darauf aufmerksam, dass in der Zeit vom 17.—20. September d. J. dahier auch der Verein für öffentliche Gesundheitspflege tagt.

München, im Juni 1902.

Mit kollegialem Gruss!

Im Namen des Ausschusses:

Dr. Zeitlmann, Geschäftsführer. Dr. Schwechten.

Im Namen der Münchener Bahnärzte:

Dr. Schöner, Dr. Dischinger.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker, Geh. Med.-Rath, Berlin. Dr. Braehmer, Geh. San.-Rath, Berlin. Dr. Florschütz, Gotha. Dr. Fürbringer, Geh. Med.-Rath u. Prof., Berlin. Dr. Haug, Professor, München. Dr. Kionka, Professor, Jena. Dr. Kirchner, Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof., Berlin. Dr. A. Leppmann, Med.-Rath, Berlin.

Dr. von Liszt, Geh. Just.-Rath u. Prof., Berlin. Dr. Loebker, Professor, Bochum. Dr. Ostertag, Professor, Berlin. Dr. Puppe, Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt, Berlin. Radtke, Kaiserl. Reg.-Rath, Berlin. Dr. Roth, Reg.- u. Geh. Med.-Rath, Potsdam. Dr. Silex, Professor, Berlin. Dr. Stolper, Breslau. Dr. Windscheid, Professor, Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:
Dr. F. Leppmann
Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabtheilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. | № 18. | Ausgegeben am 15. September.

Inhalt:

Ueber das Verhältniss zwischen richterlicher Entmündigung und polizeilicher Unschädlichmachung von partiell Verrückten mit Verfolgungswahn.

Von

Professor **Rieger**-Würzburg.

Im Nachstehenden veröffentliche ich aus zwei Gutachten diejenigen Stellen, in denen ich mich bemüht habe, die im Titel formulirte Frage in möglichst prinzipiellem Sinne zu erörtern. Die Einzelheiten der beiden Fälle sind alltäglich und ohne jede Merkwürdigkeit. Was davon zum Verständniss meiner Auseinandersetzungen zu wissen nöthig ist, erhellt unmittelbar aus dem Nachstehenden. Der erste Fall, der eine Pfarrers-Köchin betrifft, spielt in Bayern. Ich konnte deshalb hier auf die präzisen und brauchbaren Bestimmungen des bayrischen Polizeistrafgesetzbuchs direkt Bezug nehmen. Der zweite Fall, der einen Volksschullehrer betrifft, spielt in Preussen, wo es, meines Wissens, keine so klaren Bestimmungen durch ein eigentliches Gesetz giebt. Der Gegensatz, den ich in diesem zweiten Gutachten nachgewiesen habe zwischen einem preussischen Ministerial-Erlass und der Aeusserung einer preussischen Bezirks Behörde, ist so frappant, dass er es hauptsächlich gewesen ist, der mich veranlasst hat, das Nachstehende drucken zu lassen, in der Hoffnung, dadurch auch dazu beitragen zu können, dass, in Bezug auf so wichtige Punkte, doch allmählich, nachdem wir das einheitliche Zivilrecht haben, so starke Widersprüche in amtlichen Emanationen verschwinden.

Als Anhang habe ich dann noch Einiges drucken lassen aus einem Gutachten über eine Idiotin, woraus ebenfalls hervorgeht, dass in vielen Fällen die Entmündigung ein sehr ungeeignetes Mittel wäre zur Erreichung des Zieles, dass derartige Idioten ein, weniger wüstes und sinnloses, Leben führten; welches Ziel häufig ein eben so wünschenswerthes als unerreichbares ist.

Aus dem ersten Gutachten, dem über die Pfarrersköchin, ist Nachstehendes von prinzipiellem Interesse:

Sie klagte, ausser über viele andere Verfolgungen, darüber: Die Nachbarn haben sie die ganze Nacht hindurch gequält und maschint; jetzt seien sie auch noch in den oberen Stock gezogen, um sie von oben zu quälen. — Sie sei im Keller in ein Fass gekrochen und habe sich unter das Kanapee gelegt, sie werde trotzdem geplagt und könne nicht schlafen. — Ihr Nachbar plage sie mit einer Nervenmaschine, welche den Zweck habe, den Menschen nicht schlafen zu lassen, und mit Hirnschnalzorn, welche ihr durch den Kopf fahren

und einen Brummer verursachen. Ausserdem können die Nachbarn auch Alles hören, was bei ihr im Zimmer gesprochen werde.

Ferner heisst es in dem Protokoll:

Auf Vorhalt, dass doch vielleicht die von ihr geklagten Beschwerden krankhafter Natur seien, verneint sie dies lebhaft und bleibt darauf bestehen, dass ihr dies von aussen zugefügt werde.

Daraufhin erklärte der Landgerichts-Arzt Folgendes:

Nach diesem Befunde leidet sie an Halluzinationen und Wahnideen, die voraussichtlich stärker zu Tage treten, wenn sie sich nicht beobachtet fühlt. Die Bestellung einer Kuratel erscheint daher angezeigt.

Es fanden daraufhin weitere Zeugenvernehmungen statt, bei welchen folgende beeidigte Aussagen zu Protokoll kamen:

Haarseile werden ihr durch das Zimmer gezogen und sie wird maschint. — Sie schrie: Du Mörder, Du Henker! lass mir meine Ruhe mit Deiner Teufelsmaschine, wenn ich keine Ruhe bekomme, schlage ich Dir die Fenster miteinander ein. — Die Nachbarn haben unter der Strasse Röhren gelegt, durch diese unterhalten sie sich darüber, wie man sie plagen könnte. — „Es verging fast kein Tag, ohne dass sie die Nachbarschaft durch ihr Schreien und Schimpfen belästigte. Ich sah mich daher gezwungen, vor einiger Zeit gegen sie Anzeige wegen Ruhestörung zu erstatten; sie wurde aber vom Schöffengericht als unzurechnungsfähig freigesprochen. Seit dieser Zeit ist ihr Benehmen ruhig geworden, offenbar weil sie befürchtet, in einer Irren-Anstalt untergebracht zu werden." —

Uebereinstimmend wurden aber von allen Zeugen angegeben:

In ihrer Vermögensverwaltung erscheint sie vollständig vernünftig. Sie ist sogar sehr haushälterisch und misstrauisch.

Auf Grund der erneuten Zeugenaussagen wurde dann von dem Landgerichtsarzt Folgendes begutachtet:

Es wird diesseits nicht bezweifelt, dass sie zur Zeit ihr Vermögen in Ordnung hält und nicht verschwendet; der Einfluss der Wahnvorstellungen auf das Gebahren der Kranken ist aber unberechenbar und es besteht daher stets die Gefahr, dass sie eines Tages Hab und Gut im Sinne ihrer Wahnideen vergeudet. Es erscheint daher die Entmündigung wegen Paranoia — Verrücktheit — angezeigt.

Es wurde dann noch an den Bürgermeister eine Anfrage gestellt über den speziellen Punkt: ob sie ihr Vermögen vernünftig zu verwalten im Stande sei? Daraufhin wurde berichtet:

Sie sei nicht im Stande, die Verwaltung ihrer Vermögensangelegenheiten selbständig und in ordnungsgemässer Weise zu besorgen; und es sei zu befürchten, sie werde der Ausbeutung anheimfallen oder unvernünftige Verfügungen über ihr Vermögen treffen.

Diese Sätze, die in auffallendem Widerspruch stehen zu den Zeugenaussagen, wurden nicht begründet. Daraufhin wurde der Zeuge H. nochmals über diesen Punkt vernommen; und dieser hat über ihre Vermögensverwaltung Aussagen gemacht, die durchaus in dem Sinne lauten: dass in dieser Beziehung bei ihr Alles in Ordnung ist. Dagegen hat dieser Zeuge, der, als ihr nächster Nachbar, die beste Gelegenheit hatte, sie zu beobachten, ihr Benehmen für sehr sicherheitsgefährlich, speziell feuergefährlich erklärt. — Auf Grund des vorstehenden Beweismaterials wurde dann von dem Amtsgericht die Entmündigung wegen Geisteskrankheit beschlossen. Als die wesentlichen Gründe sind angegeben: die Verfolgungs-Wahnideen mit der Maschine und den unter ihrem Haus gelegten Röhren. Es ist ferner in den Gründen hervorgehoben, dass sie zwar bis dahin ihr Vermögen durchaus geordnet verwaltet habe. Aber die Gründe für die Entmündigung wurden doch als überwiegend erachtet mit Rücksicht auf die Möglichkeit: dass ihre Wahnideen zu jeder Zeit auch zu Verkehrtheiten auf dem Gebiete der Vermögensverwaltung führen könnten; und mit Rücksicht auf ihre Gemeingefährlichkeit.

Die Entmündigung wurde dann auch rechtskräftig; die Entmündigte beantragte aber nach einiger Zeit Wiederaufhebung, und zu dieser Frage hatte ich mich gutachtlich zu äussern.

Nachstehendes ist mein Gutachten:

Wenn ich, nachdem ich vorstehendes Material wiedergegeben habe, mich zurückwende zu der Beantwortung der ersten, in Betracht kommenden Frage, nämlich dieser: ob der Geisteszustand seit dem Zeitpunkt ihrer Entmündigung ein wesentlich anderer geworden ist? so kann ich diese Frage, sowohl auf Grund des im bisherigen aus dem Akt Reproduzirten als auf Grund meiner persönlichen Beobachtung, bestimmt verneinen. Auch ich kann nur zu dem Ergebniss kommen: dass es sich bei ihr um einen dauernden Zustand von Verfolgungswahn handelt, und dass deshalb die Entmündigung auch jetzt noch gerechtfertigt wäre, wenn sie im März 1900 gerechtfertigt war.

Dieser Satz scheint zwar damit in Widerspruch zu stehen, dass aus U. über die Zeit seit 14. April 1900, seit welchem Tage sie wieder in dieser ihrer Heimath-Gemeinde wohnt, Berichte kommen, die ganz anders lauten, als die Berichte aus O. gelautet hatten. Schon aus mündlichen Berichten ihrer Nachbarn aus U. hatte ich erfahren, dass dort gar nichts Abnormes vorgekommen ist. In einem Schreiben aus U. an mich vom 13. November 1900, das mit dem pfarramtlichen Siegel und dem der Gemeinde-Verwaltung versehen und von dem Pfarramt und sämmtlichen Mitgliedern der Gemeinde-Verwaltung unterschrieben ist, ist dann ferner bezeugt: dass seit 14. April 1900 nicht das geringste Nachtheilige über ihr Verhalten angegeben werden könne. Es heisst in diesem Schreiben: „Von Geistesstörung, speziell von Verfolgungswahn ist bei ihr nicht die leiseste Spur vorhanden. Ihr Verkehr mit den Unterzeichneten war freundlich und ungezwungen. Nie gab dieselbe Anlass zu Streit, weder mit ihrem Miethsherrn, noch mit anderen Personen, sie war friedliebend, zuvorkommend und versah ihren Haushalt in der besten Ordnung. Die ganze Gemeinde kann ihr nur das beste Zeugniss ausstellen. Nie hat sie in dieser Zeit Handlungen verrichtet, die auf Geistesstörung schliessen liessen. Alle Wahrnehmungen, welche die Unterzeichneten in dieser Zeit an ihr gemacht haben, lassen dieselbe als ganz geistig gesund erscheinen."

Wenn ich dann ferner zu berichten habe: dass auch ich, während ihres zweimaligen Aufenthaltes in der Klinik im April und November 1900, durchaus keine direkten Aeusserungen von Verfolgungswahn an ihr finden konnte; und wenn man dagegen hält: in wie starkem Masse sich in O. ihr Verfolgungswahn bis zum Frühjahr 1900 geäussert hatte, so scheint sich allerdings die Annahme aufzudrängen: dass sie seit Frühjahr 1900 geheilt sei von dem Verfolgungswahn, mit dem sie seit Jahren behaftet gewesen war. —

Falls dem so wäre, dann läge die Sache einfach so: dass die Gründe, welche im Frühjahr 1900 ihre Entmündigung zu rechtfertigen geschienen hatten, nunmehr überhaupt in Wegfall gekommen wären; und dass schon aus diesem Grunde die Entmündigung aufzuheben wäre.

In diesem Sinne lautet der Antrag auf Wiederaufhebung der Entmündigung vom 24. Oktober 1900, der sich auf den Standpunkt stellt: Sie sei vorübergehend „nervenüberreizt" und dergl. gewesen und jetzt wieder völlig genesen. Ich habe aber zu der Auffassung dieses Antrages zu bemerken: dass sie von vornherein eine völlig irrige ist. Es heisst in dem Antrage: „In O. that man ihr allen möglichen Spott und Schabernack an und liess ihr Tag und Nacht keine Ruhe." Diese Behauptung ist vollkommen unhaltbar, wenn man den Entmündigungs-Akt genau berücksichtigt. Denn aus den, oben

wiedergegebenen, beeidigten Zeugen-Aussagen geht, mit voller Deutlichkeit und zweifellos, gerade auch dieses hervor: dass durchaus keine Rede davon sein kann, es haben Verspottungen und Belästigungen im objektiven Sinne stattgefunden; sondern dass es sich bei allem diesem lediglich um die Sinnes-Täuschungen einer Geisteskranken gehandelt hat. Es kann deshalb auch nicht im Entferntesten die Rede davon sein: dass, wie dies in dem Antrag gleichfalls behauptet wird, durch die Belästigungen von aussen „sie derart nervös und körperlich und geistig aufgeregt worden sei, dass sie vorübergehend allerdings von Verfolgungswahn-Ideen heimgesucht wurde."

Vielmehr lag bei ihr Alles, ausschliesslich und von vornherein, rein auf dem Gebiete ihrer innerlichen Geisteskrankheit; und von einem äusseren Anlass ist durchaus nichts zu entdecken.

Der Antrag auf Wiederaufhebung sagt ferner: Die bei ihr vorübergehend zu Tag getretenen Wahnideen seien nur auf eine momentane Nerven-Ueberreizung zurückzuführen; und eine scheinbare Bestätigung für diese Auffassung scheint ja darin zu liegen, dass sie seit April 1900, seit sie wieder in U. ist, also in beinahe acht Monaten, so ruhig geblieben ist. Aber trotzdem ergiebt eine eingehende Beschäftigung mit ihrem Geisteszustand: dass er im Wesentlichen unverändert ist; und dass das gerichtsärztliche Gutachten, demzufolge sie an dauerndem Verfolgungswahn leidet, durchaus zutreffend ist. Denn in Bezug auf die Vorgänge in O. hält sie fest an ihren Wahnvorstellungen von Verfolgung; und nur darin haben die veränderten Verhältnisse eine Aenderung bewirkt, dass sich in U. ihr Verfolgungswahn noch nicht geäussert hat gegen dortige Nachbarn. Es ist aber jederzeit zu erwarten, dass sie auch dort wieder Verfolgungswahn-Ideen äussern wird. Ich habe, auch während ihres Aufenthalts in der Klinik, im Anschluss an das in den Akten Enthaltene, noch neue Wahnideen bei ihr feststellen können, die beweisen, dass sie schon sehr lange im Stillen paranoisch gewesen sein muss, was ich aber hier, um nicht zu weitläufig zu werden, nicht in seinen verwickelten Einzelheiten auseinandersetzen kann. Ich beschränke mich darauf, mein Gutachten über die erste Frage:

ob eine wesentliche Veränderung in ihrem Geisteszustand eingetreten ist?

dahin abzugeben:

Dass diese Frage zu verneinen ist, und dass sie an dauernder Paranoia seit vielen Jahren leidet und lebenslänglich leiden wird, deren Aeusserungen jedoch zeitweise zurücktreten, so dass sie äusserlich auch lange Zeit hindurch wenig oder gar nicht störend sein kann.

Wenn man es somit, dem Gesagten zu Folge, jetzt mit ganz dem gleichen Geisteszustand zu thun hat wie zu Anfang des Jahres 1900, zur Zeit der Entmündigung; so kann ich auch von ganz den gleichen Voraussetzungen aus urtheilen wie die damalige Begutachtung.

Wenn ich also aus den gleichen Voraussetzungen die gleichen Schlüsse zöge, so müsste ich zu dem Ergebniss kommen:

dass die Entmündigung auf die Dauer gerechtfertigt wäre, in Anbetracht des dauernden Zustandes von Paranoia, um den es sich handelt. Ich komme aber, in Bezug auf die Frage der Entmündigung, zu einem wesentlich anderen Schluss als die gerichtärztliche Begutachtung; und zwar hauptsächlich deshalb, weil ich fortwährend zu thun habe mit derartigen Fällen und dabei stets gefunden habe, dass ihre Entmündigung unnöthig und häufig schädlich ist. Im Frühjahr 1900 war es, auch meines Erachtens, durchaus sachgemäss, dass sie von O. weg in ihre Heimathgemeinde U. versetzt wurde; und wenn diese Massregel durch die Entmündigung erleichtert wurde, so hat sich in diesem Punkte die Entmündigung nützlich erwiesen. Es ist aber wohl zu bemerken, dass dieser Erfolg, wie in weitaus der Mehrzahl der Fälle, auch ohne Entmündigung zu erreichen gewesen wäre. Man hätte sie damals, ohne jede Schwierigkeit, auf Grund des § 80 Pol. Str. G. B. in meine Klinik oder in die Kreis-Irrenanstalt bringen und dann dafür sorgen können, dass sie nicht wieder nach O. sondern nach U. zurückkehrt. Alle solche sicherheitspolizeiliche Massnahmen haben, an und für sich, mit der Entmündigung gar nichts zu thun.

Bei der Entmündigung handelt es sich lediglich um den Wortlaut des § 6, Z. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs: „Entmündigt kann werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag." Von Geistesschwäche war bei ihr keine Rede. Es hat sich also nur darum gehandelt: ob sie in Folge von Geisteskrankheit ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?

Das gerichtsärztliche Gutachten hat gesagt, (s. oben S. 366): Obgleich sie bis jetzt ihre Angelegenheiten ganz gut besorgt habe, so sei doch immer zu gewärtigen, dass ein schädlicher Einfluss ihrer Wahnideen sich auch in dieser Richtung zeigen könne. Es sei deshalb ihre Entmündigung angezeigt. Das Gutachten hat dies noch dahin spezifizirt: es bestehe stets die Gefahr, dass sie eines Tages Hab und Gut im Sinne ihrer Wahnideen vergeudet.

Hiegegen habe ich Folgendes einzuwenden: Diese Gefahr ist doch nur eine ganz entfernte; und was seit dem Frühjahr 1900 sich ereignet hat, hat keineswegs diese Gefahr als dringend erscheinen lassen. Denn, obgleich sie im Stillen noch immer an ihrem Verfolgungswahn festhält, hat sie doch ein so ruhiges und geordnetes Leben geführt, dass man sicher zu der Behauptung berechtigt ist: sie hätte, auch in unentmündigtem Zustande, nichts gethan, was bewiese, dass sie ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermöchte. Ihre Geistesstörung ist eben eine so partielle, dass sie durchaus nicht ihr gesammtes Handeln beeinflusst.

Fälle wie den ihrigen hat der Erlass des bayerischen Justiz-Ministeriums an die Staats-Anwälte (vom 26. März 1895) im Auge, in welchem es in durchaus zutreffender Weise heisst:

Von der Stellung eines Entmündigungs-Antrags kann dann keine Rede sein, wenn die geistige Störung die Handlungsfähigkeit des Kranken nicht beeinträchtigt.

Und ferner:

Auch bei einer unheilbaren geistigen Erkrankung wird die Stellung eines Entmündigungsantrags dann unterbleiben können, wenn der Kranke kein Vermögen besitzt und auch sonst des Schutzes eines Vormundes nicht bedarf.

Diese Sätze entsprechen im vollsten Masse der psychiatrischen Erfahrung. Es giebt viele Menschen, die zweifellos als geistig gestört betrachtet werden müssen, die aber doch nicht unter § 6, Z. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs fallen, welcher Paragraph ja ausdrücklich so gefasst ist, dass nicht die Geisteskrankheit an und für sich, sondern nur die Unfähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, die Entmündigung ermöglicht.

Auch der Fall trifft bei ihr zu, der in dem erwähnten Ministerial-Erlass vorgesehen ist: dass der Kranke „des Schutzes eines Vormundes nicht bedarf", und für den Umfang ihrer Geschäfte ist ihr Geisteszustand vollkommen ausreichend. Es kommt ferner noch hinzu, dass weitaus der grösste Theil des Vermögens, von dem sie lebt, überhaupt ihrer Verfügung völlig entzogen ist, indem sie nur die Nutzniessung, auf

Lebenszeit, des Kapitals bezieht. Der Vermögenstheil, über den sie frei verfügen kann, wenn sie nicht entmündigt ist, ist äusserst geringfügig. Es wäre ja wohl denkbar, dass, unter verwickelteren Verhältnissen, auch sie durch ihren Verfolgungswahn gestört würde in der Besorgung ihrer Angelegenheiten. Aber § 6, Z. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sagt eben auch nur ausdrücklich: seine Angelegenheiten; und diese sind bei ihr so einfach, dass sie deren richtiger Besorgung, mit und trotz ihrem Verfolgungswahn, völlig gewachsen ist. Man kann mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit voraussagen, dass sie ihre ganze Lebenszeit hindurch ihre Angelegenheiten in Zukunft gerade so gut besorgen wird, wie sie es in der Vergangenheit gethan hat; und es bliebe höchstens nur der spezielle Punkt ins Auge zu fassen: dass sie ein, von ihrem Verfolgungswahn beeinflusstes, Testament errichten könnte. Sie selbst sagt: sie empfinde besonders dies als eine grosse Ungerechtigkeit, dass sie, als entmündigt, auch für den Todesfall nicht frei über ihren Nachlass verfügen könne; und es sei dies um so ungerechter, als sie gar keine näheren Verwandten habe.

Es ist aber nichts davon zu bemerken, dass gerade ihr Verfolgungswahn bei diesem Wunsch in Betracht käme. Denn die bisherigen Objekte dieses Wahns, die Nachbarn in O., hätten doch auf keinen Fall etwas von ihr geerbt. Sondern ihr sehr entwickeltes Rechtsgefühl ist offenbar nur darüber empört, dass es ihr durch die Entmündigung unmöglich gemacht ist, frei nach ihrem Willen über ihre Ersparnisse zu verfügen, eventuell auch zu frommen oder wohlthätigen Zwecken. Und dass dieser Wunsch ein berechtigter ist, der überhaupt einer der stärksten zu sein pflegt gerade bei solchen alten Dienstboten, denen ihre Ersparnisse und deren Verwendung immer die wichtigste Angelegenheit ist; — dies wird man unbedingt zugeben müssen.

Aber nicht nur ihr eigenes Rechtsgefühl wird durch die Fortdauer der Entmündigung verletzt, sondern auch das vieler ihrer Mitmenschen. Ihre Verrücktheit ist nun einmal eine so partielle, sowohl nach dem Umfang der krankhaften Vorstellungen als nach ihrer zeitlichen Aeusserung, dass, in ganz selbstverständlicher Weise, sie immer von vielen Menschen und zu vielen Zeiten für völlig normal gehalten werden muss, wie auch der, oben wiedergegebene, Bericht aus U. beweist. Wenn sie nun trotzdem dauernd unter Kuratel gestellt würde, so würde dies alle diese Leute sehr in ihrem Rechtsgefühl empören; und sie würden es für eine unbegreifliche Ungerechtigkeit halten, wovon ich mich auf das Deutlichste überzeugen konnte durch Gespräche mit einigen von ihnen. Und dies um so mehr, als alltäglich und überall Beispiele vorhanden sind von unentmündigten Geisteskranken, die der Kuratel doch viel mehr bedürftig wären als sie. So kenne ich gerade in ihrem Heimathsort U. eine, sie jedenfalls an Intensität des Verfolgungswahns übertreffende, Paranoische, die gleichfalls Vermögen hat, bei der es aber, obgleich sie schon viele Störungen verursacht hat, zufällig Niemanden eingefallen ist, einen Entmündigungs-Antrag zu stellen. In Folge dessen lebt diese, die von den Ortsbewohnern mit Recht für viel stärker geisteskrank gehalten wird als sie, in unentmündigtem Zustand; sie aber, die Jedermann für völlig normal hält, im entmündigten.

Derartiges verletzt das Rechtsbewusstsein und sollte um so mehr vermieden werden, als schliesslich der Satz, sie sei lebenslänglich verrückt, doch, streng genommen, zu betrachten ist als einer, den man bezeichnen kann als einen „esoterischen" der Psychiatrie, d. h. einen solchen, der zwar, auf Grund vieler anderer Beobachtungen, als eine wissenschaftliche Wahrheit gelten kann, der aber doch durch viele Zufälligkeiten gewissermassen verhindert werden kann, sich in Wirklichkeit zu bewähren. So kann sie z. B., jetzt 58 Jahre alt, in den nächsten Jahren sterben, ohne dass sie bis zum Tode irgend einen neuen Ausbruch von Verfolgungswahn gezeigt hat. Wäre ihr dann durch die Entmündigung die Testirfähigheit genommen gewesen, so würde dies mit Recht von der ganzen Gemeinde für ein schweres Unrecht gehalten. Ich bemerke zu dem Punkte des Testirens, der mir im vorliegenden Fall der einzige von praktischer Bedeutung zu sein scheint, noch Folgendes:

Sollte die Entmündigung aufgehoben werden, und sie dann je ein solches Testament machen, dass der Schluss berechtigt wäre: es sei offenbar unter krankhaften Einflüssen entstanden; so bliebe auch für diesen Fall doch Denjenigen, die ein Interesse daran hätten, das Testament umzustossen, trotzdem noch in genügendem Masse die Möglichkeit dazu; und zumal, nachdem auch in diesem meinem Gutachten, das ja dann wohl auch wieder aus den Akten reproduzirt werden könnte, ich mich dahin ausgesprochen habe: dass bei ihr immer die Wahrscheinlichkeit eines dauernden Verfolgungswahns besteht. Aber ihr Testament wäre dann doch nur in dem Falle für ungiltig zu erklären, wenn der Nachweis geliefert werden könnte: dass es durch ihren Verfolgungswahn beeinflusst gewesen wäre. Und dass dies so sein wird, dies ist, wie ich schon oben auseinandergesetzt habe, äusserst unwahrscheinlich. Wenn sie aber, was ihr im entmündigten Zustand gleichfalls unmöglich gemacht ist, ein durchaus vernünftiges Testament macht, bei dem ihr Verfolgungswahn gar nicht in Betracht kommt, so ist wohl kein Grund dafür zu finden: warum ihr diese Möglichkeit abgeschnitten werden soll, welche jedenfalls Gegenstand ihres lebhaften Wunsches ist?

In den Gründen des Entmündigungs-Beschlusses ist ausgeführt: dass der Ausdruck: „Angelegenheiten", des § 6 Z. 1 des bürgerlichen Gesetzbuchs, im weitesten Sinne zu verstehen sei; und dass auch die Sicherstellung der Umgebung gegen die Gefahren des krankhaften Handelns als eine solche Angelegenheit zu gelten habe. Gegen diese Ausdehnung des Begriffes: „Besorgung seiner Angelegenheiten" auch auf den Schutz der Umgebung muss ich aber, vom Standpunkt der psychiatrischen Erfahrung aus, Einsprache erheben. Es wird ja thatsächlich in der Regel Derjenige, der wegen Geisteskrankheit für die Umgebung gefährlich ist, zugleich auch seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen. Aber nothwendig ist dieses Zusammentreffen nicht; und wenn z. B. ein Mensch mit Verfolgungswahn aus sicherheitspolizeilichen Gründen vorübergehend in einem psychiatrischen Institut internirt werden muss, so ist damit doch durchaus nicht unmittelbar und implicite auch die Nothwendigkeit gegeben, über ihn die Massregel der Entmündigung zu verhängen, welche vor Allem viel mehr den Charakter einer länger andauernden Massregel an sich trägt als die blosse Internirung, welch letztere ja, jeden Augenblick und ohne Weiteres, wieder aufgehoben werden kann, während die Aufhebung der Entmündigung ein viel umständlicheres Verfahren ist.

Deshalb wird auch die weitaus überwiegende Mehrzahl Derjenigen, die sich dauernd oder vorübergehend in psychiatrischen Instituten aufhalten, nicht entmündigt, auch wenn sie Vermögen besitzen; während umgekehrt gerade sehr viele Menschen, die immer ausserhalb von psychiatrischen Instituten leben, wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche entmündigt sind. Die Entmündigung hat eben einen ganz anderen Zweck als den des Schutzes der Umgebung. Sie hat den Zweck des Schutzes der geisteskranken Person vor geschäftlichen Schädigungen. Der Schutz der Umgebung vor der geisteskranken Person hat dagegen an und für sich durchaus nichts zu thun

mit der Entmündigung. Sondern hier für sind die Massregeln da, die, von der Entmündigung völlig unabhängig, entweder zu freiwilligem oder zu polizeilich erzwungenem Eintritt in ein psychiatrisches Institut oder zu einer anderen Beschränkung der Freiheit und des freien Aufenthalts-Rechts führen. — Die Entmündigung könnte als eine Sicherungs-Massregel zum Beispiel in dem Falle gerechtfertigt sein, wenn sie, in Folge ihres Verfolgungs-Wahnes, eine Querulantin geworden wäre, welche, wie dies häufig vorkommt, fortwährend die Gerichte mit Klagen behelligte. In einem solchen Falle ist eine Entmündigung oft das einzige Mittel, das die Person davor schützen kann, dass sie, bei erhaltener Prozessfähigkeit (die man ihr nicht absprechen kann, so lange sie nicht entmündigt ist) durch krankhafte Prozess-Sucht sich in Verluste stürze. Weil aber auch davon bei ihr durchaus nichts vorhanden ist, so fällt auch dieser Grund für ihre Entmündigung weg. Diese meine Auffassung steht völlig im Einklang mit folgender Entscheidung des Reichsgerichts.

(Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 38, S. 191: Ist bei Personen, die Störungen der Geistesthätigkeit unterliegen jedoch handlungsfähig sind, Gemeingefährlichkeit ein Grund zur Entmündigung?)

„So weit die Revision die Entmündigung schon aus dem Grunde für geboten erachtet, weil der Kläger wegen seiner perversen geschlechtlichen Neigungen gemeingefährlich sei, kann ihr nicht beigetreten werden. Dieser Gesichtspunkt ist nach gemeinem Recht für die Entmündigung nicht massgebend. So wenig Gemeingefährlichkeit an sich ein Grund zur Entmündigung ist, so wenig kann sie, selbst in Verbindung mit einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit, für sich allein die Entmündigung rechtfertigen. Voraussetzung bei letzterer bleibt immer, dass die Störung die selbständige zweckentsprechende Besorgung der eigenen Angelegenheiten ausschliesst oder doch wesentlich beeinträchtigt. So lange daher trotz Störungen der Geistesthätigkeit Handlungsfähigkeit besteht, ist die Entmündigung nicht zulässig, selbst wenn der den Störungen Unterliegende eine Gefahr für die öffentliche Ordnung sein sollte.“ —

Wenn dieses Urtheil erlassen worden ist vor dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuchs, so wird es doch auch für die Verhältnisse unter der Herrschaft des Bürgerlichen Gesetzbuchs völlig zutreffen. Denn gerade in dessen § 6 Z. 1 heisst es ja nur: „wer seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.“ —

Ich mache, in Hinsicht auf diesen Paragraphen, noch auf den charakteristischen Gegensatz aufmerksam, der besteht zwischen seiner Ziffer 1 und seiner Ziffer 3. In letzterer heisst es: „Entmündigt kann werden, wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet.“

Hier, bei der Trunksucht, ist also das, was bei der Geisteskrankheit fehlt, ausdrücklich gesagt. Und dies aus guten und begreiflichen Gründen. Denn, während der notorisch Geisteskranke stets und ohne Weiteres durch polizeiliche Mittel unschädlich gemacht werden kann, ohne dass es hiezu erst des langwierigen Umwegs der Entmündigung bedürfte; so giebt es, dem Trunksüchtigen gegenüber, überhaupt keine andere Handhabe, um dem Uebel Einhalt zu thun, falls er sich nicht freiwillig das Trinken abgewöhnen lässt, als die Entmündigung, mittelst deren es überhaupt erst möglich wird, in die persönliche Freiheit des „Trunksüchtigen“ einzugreifen. Indem dagegen in Z. 1. des § 6 die Bezugnahme auf die Sicherheit Anderer fehlt, ist damit, auch schon durch das Gesetz, ein deutlicher Hinweis darauf gegeben: dass, in Bezug auf den Geisteskranken, der Schutz Anderer nicht bewirkt werden soll auf dem Wege der Entmündigung.

Auch ein Erlass des preussischen Justiz-Ministeriums, vom 28. November 1899[1], sagt zwar einerseits: Unter den „Angelegenheiten“ seien nicht nur Vermögensangelegenheiten zu verstehen, sondern die gesammten Lebensverhältnisse z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für die Angehörigen und dergl. Aber jener Erlass sagt andererseits auch ausdrücklich: „Aus einem anderen als dem in § 6, Z. 1, B. G. B., bezeichneten Grunde darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder in ausschliesslichem Interesse anderer Personen.“

Nach allem Auseinandergesetzten muss ich zu dem Ergebniss kommen, dass im Frühjahr 1900 nicht dasjenige Verfahren eingeleitet worden ist, welches sachgemäss gewesen wäre. — Nachdem sie auf die Klage der Nachbarn hin, auf Grund von § 51 Str. G. B., vom Schöffengericht nicht mit Strafe belegt worden ist; so lag der klare Weg offen, der nicht direkt zur Entmündigung geführt hätte sondern zur polizeilichen Behandlung der Angelegenheit. So hätte verfahren werden müssen auf Grund der Verordnung des bayrischen Justiz-Ministeriums vom April 1894, in der es heisst:

„Die Staatsanwälte und Amtsanwälte werden angewiesen in Fällen des Art. 80, Abs. 2 des Polizeistrafgesetzbuches,[2]) sobald die Einstellung des Strafverfahrens oder die Nichteröffnung des Hauptverfahrens oder die Freisprechung des Angeklagten in Frage kommt, mit der Distriktspolizeibehörde des Aufenthaltsorts ins Benehmen zu treten, damit dieselbe in der Lage sei, in jedem Falle die erforderlichen Massregeln rechtzeitig zu treffen und erforderlichen Falls die Verwahrung der betreffenden Person anzuordnen“ etc. —

Soviel ich sehe, ist diese Verordnung vom Jahre 1894, welche in durchaus sachgemässer Weise die nöthigen Vorschriften giebt, heute schon wieder ziemlich in Vergessenheit gerathen; und so ist auch nichts davon in ihren Akten zu finden, dass in Bezug auf sie so verfahren worden wäre, nachdem das Schöffengericht geurtheilt hatte: sie sei kein Objekt der Kriminal-Justiz. Wäre aber jener Verordnung entsprechend gehandelt worden, so wäre die Entmündigung, unter dem Gesichtspunkt der Schutzmassregel, durchaus nicht in erster Linie gekommen sondern vielmehr das polizeiliche Einschreiten; und erst dann wäre die Entmündigung in Betracht gekommen (s. den Schlussabsatz der weiter unten zu zitirenden bayrischen Justiz-Ministerial-Verordnung vom 26. März 1895), wenn sie, auf Grund polizeilicher Internirung, „seit mehr als sechs Monaten in einer Irrenanstalt wider ihren Willen verwahrt gewesen wäre und daraufhin selbst eine gerichtliche Entscheidung über ihren geistigen Zustand beantragt hätte“.

Dass es dazu aber nicht gekommen wäre, ist selbstverständlich. Sie hätte sich in der Anstalt bald als so ruhig gezeigt, dass man sie entlassen hätte; und dafür, dass sie nicht nach O. zurück entlassen worden wäre, hätte, ohne alle Entmündigung, auch auf polizeilichem Wege gesorgt werden können, indem zweifellos unter der „sonstigen“ genügenden

[1]) Abgedruckt in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 57, S. 444.

[2]) Dieser Paragraph lautet: Wer mit Gefahr für Personen oder Eigenthum oder für die öffentliche Sittlichkeit Blödsinnige oder Geisteskranke, deren Aufsicht ihm obliegt, frei auf Strassen oder öffentlichen Orten herumgehen lässt, wird an Geld bis zu 45 Mark bestraft.

Hat eine solche Person einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigenthum verübt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt, und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein, das Strafverfahren einstellendes, Erkenntniss erfolgt, oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt; so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf den Grund bezirksärztlichen Gutachtens, deren Unterbringung in eine Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen.

Verwahrung des Art. 80 Abs. 2, Pol. St. G. B. auch inbegriffen ist die Berechtigung zu einer solchen Beschränkung ihrer Freizügigkeit, wie sie ihr gegenüber die einzige sachgemässe Massregel ist. —

Durch vorstehende Auseinandersetzung glaube ich den Satz der Begründung des Entmündigungs-Beschlusses widerlegt zu haben, der lautet:

dass die Entmündigung allein den, durch das Benehmen der Kranken bedingten, unerträglichen Zustand zu beseitigen vermöge.

Ich muss diesen Satz, auf Grund langjähriger psychiatrischer Praxis, für durchaus irrig erklären; und ich habe es deshalb für prinzipiell wichtig gehalten, ihn auch bei dieser Gelegenheit eingehend zu widerlegen. —

Ich fasse mein Gutachten in folgende Sätze zusammen:

1. Der Zustand ist jetzt im Wesentlichen noch der gleiche, wie er gewesen ist zur Zeit der Entmündigung.

2. Ihre Entmündigung war aber damals nicht gerechtfertigt, weil sie, trotz ihres partiellen Verfolgungswahns, die Fähigkeit nicht verloren hat, „ihre Angelegenheiten zu besorgen“.

3. Die Sicherung der Umgebung vor etwaigen neuen Ausbrüchen ihres Verfolgungswahns, welcher allerdings gegenwärtig völlig latent ist, muss auch in Zukunft nicht auf dem ungeeigneten Weg der Entmündigung sondern auf dem polizeilicher Massregeln bewirkt werden. (Fortsetzung folgt.)

Fall von traumatischer Spätapoplexie.

Von

Professor Dr. **Seydel**-Königsberg.

Nachstehender Fall illustrirt m. E. trefflich den in der neueren Zeit wiederholt in der Literatur besprochenen Zusammenhang von Kopftrauma und Hirnblutung, so dass seine Mittheilung hoffentlich das Interesse der Kollegen findet.

Gutachten.

In der Streitsache der Wittwe des verstorbenen Bauraths Reinhold W. aus I. überreiche Ihnen nachstehendes Gutachten nebst den mir zugestellten Schriftstücken.

Geschichtserzählung: Der 50 Jahre alte Baurath R. W. begab sich in Ausübung seines Amtes am 22. April d. J. zu Fuss vom Bahnhof B. nach dem 8 km davon entfernten Dorfe T., um den baulichen Zustand des dortigen Schulgebäudes festzustellen. Nachdem er eine sehr steile Treppe in den Dachraum emporgestiegen war, hat er, sich aus der gebückten Stellung plötzlich aufrichtend, den mit einer dicken Filzmütze bekleideten Kopf heftig gegen einen Balken gestossen, so dass er nach seiner eigenen Angabe und der des ihn begleitenden Lehrers Sch. zurücktaumelte, so dass er gegen einen anderen Balken anstiess. Auf dem Wege nach Tr. hat sich Herr W. ganz wohl gefühlt, nach dem Stosse aber ein Gefühl von Dröhnen im ganzen Körper nebst einem eigenthümlichen Gefühle, das ihm bis in die Finger- und Zehenspitzen ging, verspürt. Er hat nach dem Stosse sofort dem anwesenden Lehrer Sch. von dem schmerzlichen Gefühle Mittheilung gemacht und keine Notizen mehr zu Papier gebracht, wie er vor dem Stosse regelmässig nach der Messung gethan. Um dem unbehaglichen Betäubungsgefühl entgegenzuwirken, unternahm Herr W. einen Gang an frischer Luft, konnte im Wirthshaus einige Notizen machen, genoss ein Glas Bier, das ihm aber nicht schmeckte und machte sich auf den Weg, nach einigen Minuten wurde er wieder unwohler und verlangte in einem Hause ein Glas Wasser, das ihm verweigert wurde. Er ging weiter und verspürte einen grossen Druck auf den Kopf und eine solche Schwäche, dass ihm die Füsse den Dienst versagten. Er setzte sich auf den Grabenrand und rief um Hilfe, die ihm aber von den in der Nähe arbeitenden Leuten nicht gewährt wurde. Unter starkem Schwindelgefühl fiel er nun mit dem Kopfe nach unten, verlor zeitweise das Bewusstsein, erlangte es dann wieder und hatte starkes Kältegefühl. Er hat in dieser Lage 5—6 Stunden zugebracht, wie andere Leute berichten, und wurde dann auf einen Arbeitswagen gehoben und auf holprigem Wege nach dem Gasthause des Gastwirths U. geschafft. Nach dieser Fahrt verspürte Herr W. Schmerzen im ganzen Körper, namentlich in der rechten Kopfseite. Das Bewusstsein war wieder ganz eingetreten, da er ein genaues Urtheil über seinen Zustand hatte und Bestimmungen wegen seiner Vertretung traf. Der zuerst zugezogene Arzt, Herr Dr. L., fand eine linksseitige Lähmung und hat, obgleich er eine äussere Verletzung am Kopfe des Herrn W. nicht fand, die Ueberzeugung gehabt, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem den Kopf treffenden Stoss und der als Hirnblutung zu erkennenden Hirnkrankheit bestand.

Am 23. April, 5 Uhr Morgens, kam Herr Dr. I. mit der Ehefrau des W. an das Bett und fand eine vollständige Lähmung der linken Körperhälfte. Die Sprache war schwer verständlich, das Sensorium ziemlich frei. Es lag nach seiner Angabe eine rechtsseitige Hirnblutung vor, die höchstwahrscheinlich durch den Stoss gegen den Balken verursacht und durch das lange Liegen auf dem Wege, sowie die unverständliche Beförderung auf dem Leiterwagen verschlimmert worden war. Der Verlauf der Krankheit erschien zunächst nicht ungünstig, wenigstens zeigte sich in den ersten Tagen keine Verschlechterung; am 4. Tage gesellte sich, wahrscheinlich in Folge der Erkältung bei dem langen Liegen auf der feuchten Erde, Fieber hinzu, das sich allmählich steigerte, bis am 28. April, 5 Uhr früh, der Tod eintrat.

Die von den Herren Kreisarzt Dr. L. und Dr. C. ausgeführte Sektion fand am 30. April statt.

Von Bedeutung für die Beurtheilung des Falles aus dem Protokoll, das ähnlich wie bei einer legalen Obduktion angefertigt und von den beiden Obduzenten unterschrieben ist, dürfte Nr. 11 des Sekt.-Prot. sein: „Durch einen Schnitt quer über den Kopf werden die Weichtheile durchschnitten und zurückgeschlagen, dabei zeigen sich dieselben durchweg von blasser Farbe, nur im vorderen Theile im Reiche (?) der Pfeilnaht findet sich eine 5 Pfennig-Stück grosse blaurothe Stelle, welche auf Einschnitte geringen Blutaustritt des Gewebes zeigt.“

13. Das Schädeldach ist durchweg mit der harten Hirnhaut verwachsen.

15. Die Gefässe der Hirnhaut sind durchweg mit flüssigem, dunklerem Blute stark gefüllt, die innere Fläche der harten Hirnhaut glatt und glänzend.

16. An dem Schädeldach sind Verletzungen nicht wahrzunehmen.

17. Die weiche Hirnhaut an der Konvexität des Gehirns ein Wenig getrübt, die Gefässe daselbst stark gefüllt.“

18. Bei Herausnahme des Gehirns findet sich eine geringe Quantität reinlicher (soll wohl heissen bräunlicher) Flüssigkeit auf der Schädelgrundfläche.

19. Die weiche Haut an der Schädelgrundfläche ist mässig getrübt, die Gefässe daselbst stark gefüllt, die Arterien und Nerven ohne Veränderung.

20. Bei Oeffnung der rechten Seitenhöhle zeigt sich der vordere Theil der unteren Wand vollständig zerstört. Es befindet sich hier reichlich schwarzes, geronnenes Blut. Nach

Ausräumung der Blutgerinnsel, welche ein Quantum von mindestens 50 cbcm darstellt (?), findet sich eine Hühnereigrosse Höhle in dem Stirn- und Schläfenlappen, sowie in dem grossen Gehirnknoten. Die Wand der Höhle ist blutig durchtränkt und theilweise zerfetzt.

21. In der linken Seitenhöhle findet sich etwa ein Theelöffel voll flüssigen Blutes.

22. Die graue Substanz zeigt sich an dem unversehrten Theile der Grosshirnhalbkugel mässig geröthet, in der weissen Substanz finden sich reichlich schwarze Blutpunkte.

23. Die dritte (Hirn-) Höhle ist leer, die graue Substanz des Gehirnknotens, soweit sie intakt sind, ist mässig geröthet.

24. Die Vierhügel sind blass.

25. Die vierte Höhle ohne Flüssigkeitsansammlung.

26. Mehrere Arterien an der Gehirngrundfläche, insbesondere die der Sylvischen Grube und des Villisischen Kreises zeigen starke Kalkablagerungen.

27. Die Rinde des Kleinhirns ist gleichmässig geröthet, die Venen der Marksubstanz stark gefüllt.

28. Brücke und verlängertes Mark mit leicht gerötheter grauer Substanz.

29. Die Blutleiter an der Schädelgrundfläche sind mit dunklem flüssigen Blute stark gefüllt.

30. An den Seitentheilen wie an der Grundfläche des Schädels finden sich keine Verletzungen.

a. Brusthöhle.

32. Bei Abhebung des Brustbeins zeigt sich die rechte Lunge etwas zurückgesunken, die linke Lunge bedeckt zum grossen Theil den Herzbeutel und ist mit der Rippenwand verwachsen.

34. Der Herzbeutel ist leer, seine Innenfläche glatt.

35. Das Herz ist erheblich grösser als die geballte Faust der Leiche, es hat beinahe die Grösse der doppelten Faust. (?)

36. Die Kranzgefässe sind mässig gefüllt. Beide Vorhöfe sind mit schwarzem flüssigen Blute stark gefüllt. Die Kammern sind leer. Die Vorhofkammeröffnungen haben die gewöhnliche Weite.

37. Beim Herausschneiden des Herzens entleert sich aus den durchschnittenen Gefässen reichlich schwarzes Blut. Das in die arteriellen Mündungen eingegossene Wasser bleibt in denselben stehen. Die innere Fläche des Herzens ist glatt aber blutig durchtränkt. An der dreizipfligen Klappe befinden sich verkalkte Stellen.

38. Die linke Lunge schwammig weich, auf die Schnittfläche entleert sich reichliches Blut. Die Verzweigungen der Luftröhre sind leer. Die Schleimhaut ist gleichmässig hellroth.

39. Rechte Lunge zeigt kleine Verwachsungen mit der Rückwand, im Uebrigen aber dasselben Verhalten wie die linke, ebenso die Verzweigungen der Luftröhre.

40. An den Rippen wie an der Brustwirbelsäule finden sich keine Verletzungen.

42. Die Venen am Halse sind mässig gefüllt. Arterien und Nerven ohne Veränderung.

44. Halswirbelsäule und tiefe Muskulatur unverletzt.

b. Bauchhöhle.

57. Am Becken sowie an der Lendenwirbelsäule finden sich keine Verletzungen.

Hierauf wurde die Sektion geschlossen und geben die Obduzenten ihr Gutachten dahin ab.

1. Der Tod des W. ist in Folge von Bluterguss in das Gehirn eingetreten.

2. Zeichen, die darauf schliessen lassen, dass dieser Bluterguss auf eine äussere Verletzung zurückzuführen ist, hat die Sektion nicht ergeben.

Gutachten: Wenn man die, namentlich durch Zeugenaussage der Fr. aus dem Munde des Verstorbenen, der damals in keiner Weise an den Tod dachte, beschriebenen Vorgänge am 22. April zusammenfasst, so lässt sich Folgendes mit Sicherheit feststellen. Ein 50jähriger kräftiger, bis dahin in voller körperlicher Leistungsfähigkeit stehender Mann legt ohne jede Anstrengung einen 8 km weiten Weg zu Fuss zurück und versieht dann seine, ebenfalls volle körperliche Leistungsfähigkeit verlangenden Dienstobliegenheiten, steigt eine sehr steile Treppe hinan, misst und notirt die verschiedenen Baudimensionen und ist bei voller körperlicher und geistiger Kraft. Durch das Sonnenlicht und den tiefreichenden Schirm seiner dicken Reisemütze verhindert, sieht er einen über seinem Kopfe befindlichen Balken nicht und stösst, sich aus gebückter Stellung plötzlich aufrichtend, mit bedeutender Gewalt gegen den Balken. Der den Kopf in seiner vorderen mittleren Partie treffende Stoss muss sehr heftig gewesen sein, denn trotz der dicken Mütze ist er dadurch so benommen, dass er taumelt und mit dem Kopfe, wenn auch leichter, gegen einen anderen Balken stösst. Dabei geht ein Dröhnen durch seinen ganzen Körper, dass ihm ein bis in die Spitzen der Finger und Zehen gehendes eigenthümliches Gefühl verursacht. Von diesem Augenblicke an ist er nach Aussage des Lehrers Sch. vollständig verändert, versucht zwar, sein Geschäft noch zu beendigen, macht aber keine Notizen und flattert am ganzen Körper. Er geht darauf in ein benachbartes Wirthshaus, versucht ein Glas Bier zu trinken, das ihm aber nicht mundet, und beendet, wenn auch mit Anstrengung, seine Notizen. Immer noch von körperlichem Unbehagen gepeinigt, geht er, um sich an der frischen Luft zu erholen, auf dem Wege zum Bahnhof; hier überfällt ihn eine Schwäche, die ihn veranlasst, ein Glas Wasser zu fordern, das ihm merkwürdiger Weise verweigert wird. W. geht nun, auf seine körperliche Rüstigkeit bauend, weiter, wird aber so schwach, dass ihm die Füsse versagen, er sich an den Grabenrand setzt und, da die Schwäche immer grösser wird, um Hilfe ruft, die ihm von den in der Nähe befindlichen Feldarbeitern nicht gewährt wird. Nun sinkt er aus der sitzenden Stellung mit dem Kopfe vornüber und verliert das Bewusstsein. So hilflos daliegend mit bald sich findendem bald schwindendem Bewusstsein hat W. fünf bis sechs Stunden zugebracht, bis ihn ein vorübergehender Junge fand und dem Ortsvorstand in B. Mittheilung davon machte. Auf einen, anscheinend wenig mit Stroh ausgestatteten Arbeitswagen gelegt, hat er bei dem Transport nach dem U.'schen Gasthause erhebliche Qualen gelitten. Der sobald als möglich herbeigeholte Dr. L. hat eine linksseitige Lähmung konstatirt und dieselbe mit vollem Rechte für veranlasst durch den heftigen Stoss, den W. in T. erlitt, angesehen. Ein Gleiches that Dr. I., der am andern Morgen um 5 Uhr den W. halbseitig gelähmt fand, auch er nahm den Stoss gegen den Kopf als höchstwahrscheinliche Ursache der die halbseitige Lähmung verursachenden Hirnblutungen. Nach anfänglichem günstigen Verlaufe trat am fünften Tage nach der Erkrankung heftiges Fieber, das Dr. I. auf die beim Liegen auf der kalten Erde hervorgerufene Erkältung erhob und dann am 28. April, also sechs Tage nach der Verletzung resp. der Hirnblutung, der Tod ein.

Am 30. April wurde die Sektion vorgenommen, deren Protokoll, so weit es für die Beurtheilung des Falles wichtig ist, oben wiedergegeben ist. Um das Hauptergebniss zusammenzufassen wurde bei der Sektion gefunden eine 5 Pfennig- oder 5 Mark?-Stück grosse sugillirte, das heisst blutunterlau-

fene Stelle im Reiche der Pfeilnaht, wie es sehr unbestimmt, wohl in Folge mangelhafter Abschrift heisst. Der Knochen des Schädels, dessen Dicke nicht angegeben ist, wird als auffallend blutreich beschrieben und war an der Konvexität des Gehirns mit der harten Hirnhaut verwachsen. Die Gefässe der harten und weichen Hirnhaut werden als stark blutreich beschrieben. Die Gefässe und Nerven der Grundfläche des Gehirns nicht verändert. (No. 19.) Unter No. 20 heisst es dann: „Bei Oeffnung der rechten Seitenhöhle (Hirnseitenh.) zeigt sich der vordere Theil der unteren Wand vollständig zerstört. Es befindet sich hier reichlich schwarzes, geronnenes Blut. Nach Ausräumung der Blutgerinnsel, welche ein Quantum von mindestens 50 cbm darstellen, findet sich eine hühnereigrosse Höhle in dem Stirn- und Schläfenlappen, sowie in dem grossen Gehirnknoten. Die Wand der Höhle ist blutig durchtränkt und theilweise zerfetzt. (No. 26). Mehrere Arterien an der Gehirngrundfläche, insbesondere an der Sylvischen Grube, und des Villisischen Kreises zeigen starke Kalkablagerungen.

Die übrige Beschreibung des Gehirns und der Schädelgrundfläche ergab nichts Abweichendes. Es ist noch wichtig anzuführen, dass die Lungen No. 38 und 39 nach der Beschreibung keine Veränderungen zeigten (Entzündung), die als Folge der Erkältung und Todesursache hätten angesehen werden müssen.

Man wird nach dem Sektionsbefunde daher dem ersten Theile des Schluss-Gutachtens, welches heisst:

1. Der Tod des p. W. ist in Folge von Bluterguss in das Gehirn eingetreten im vollen Umfange zustimmen können.

Nicht so dem zweiten Absatze: „Zeichen, dass dieser Bluterguss auf eine äussere Verletzung zurückzuführen ist, hat die Sektion nicht ergeben."

Im Obduktionsprotokoll No. 11 heisst es, wenn auch sehr unbestimmt ausgedrückt, „nur im vorderen Theile im Reiche der Pfeilnaht findet sich eine 5 Pfennigstück-grosse blaurothe Stelle, welche auf Einschnitten geringen Blutaustritt ins Gewebe zeigt."

Dass diese Veränderung Folge des am 22. April erlittenen Stosses gegen den Kopf ist, muss mit Bestimmtheit angenommen werden. Die Beschreibung ist leider im Ausdrucke sehr wenig präzise, jedenfalls geht daraus hervor, dass unter der an der Oberfläche unverletzten Haut ein freier Blutaustritt in die Gewebe, also wahrscheinlich zwischen Kopfhaut und Knochen sich befand. Dass diese anscheinend unbedeutende Veränderung Folge eines heftigen Stosses mit einem breiten Gegenstande (untere Balkenfläche) gegen den Kopf war, lässt sich mit Berücksichtigung der Verhältnisse leicht erklären. Erstens war der Kopf mit einer dicken Filzreisemütze geschützt und zweitens waren vom 22. bis 28. April sechs Tage vergangen, in welchem Zeitraum freie flache Blutergüsse, wie die tägliche Erfahrung lehrt, zum grössten Theile wieder aufgesogen (resorbirt) werden. Es müsste daher die anscheinend unbedeutende Veränderung am Schädel des W. nicht einfach übersehen, sondern in Form und Verlauf genügend gewürdigt werden und dann hätten die Obduzenten den zweiten Absatz ihres Schlussgutachtens anders fassen und die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges zwischen dem Blutaustritt am Kopfe und der inneren Hirnblutung zugeben müssen.

Das Thema der sogenannten traumatischen Spätapoplexien, d. h. Gehirnblutungen, die nicht sofort nach einem Kopftrauma, sondern nach einer mehr oder weniger langen Zeit auftreten, wird in der medizinischen Literatur seit dem Jahre 1896 wiederholt und eingehend behandelt. Bollinger, v. Hoffmann und in der neuesten Zeit Mathes (kl. Vortr. No. 322) haben derartige Fälle beschrieben und namentlich Letzterer einen für den vorliegenden Fall m. E. sehr richtigen Erklärungsmodus gegeben, der von Duret und Gussenbauer auf experimentellem Wege festgestellt ist. „Die Entstehung der Quetschungsherde (pag. 277) wird durch Bewegungen der Hirnflüssigkeit erklärt. Bei jeder Gewalteinwirkung auf die elastische Schädelkapsel bildet sich an der Angriffsstelle eine Abflachung, an der entgegengesetzten Seite eine Ausbuchtung, welche in Folge der Druckerniedrigung ansaugend auf die Hirnmasse und noch mehr auf die leicht bewegliche Hirnflüssigkeit wirkt. Die hochgehende Fluth der plötzlich in Schwingung gerathenen Flüssigkeit, die in der Richtung des geringsten Widerstandes zu entweichen sucht, führt namentlich an den grossen Sammelstellen, wo die Spannung am grössten ist, zu mächtigen Stauungen, die sich bis in die perivaskulären Lymphräume fortsetzt und die zarten Gefässwände zum Bersten bringt. Durch die Kompression der Hemisphäre, die fast bei jeder Richtung der äusseren Gewalt zu Stande kommt, wird die Hirnflüssigkeit aus den Seitenventrikeln gewaltsam ausgetrieben und sucht den natürlichen Ausweg zum Foramen Magendie. Da aber die plötzlich erhöhte Spannung an dem engen Kanale nicht so schnell zum Ausgleich kommen kann, prallt sie mit Wucht gegen die Wandung der Seitenventrikel, der dritten Hirnkammer, der Sylvischen Wasserleitung und der Rautengrube an und kann besonders an den engsten Stellen des Weges Zerreissungen der zarten Einfassung und Blutungen in derselben hervorrufen." Ferner heisst es pag. 283: „Bei der Diagnose der traumatischen Spätapoplexie wird hauptsächlich die Art und Heftigkeit der Kopfverletzung, deren unmittelbare Folgen und die Länge der zwischen Trauma und apoplektischem Insult liegenden Zeit in Betracht kommen. Mit der Stärke der Gewalteinwirkung auf den Schädel wächst zweifellos die Möglichkeit einer Läsion des Gehirns, doch spielt dabei auch die individuelle Disposition, die Qualität des Hirnparenchyms, die Beschaffenheit der Gefässe eine Rolle, sodass zuweilen schon verhältnissmässig geringfügige Traumen zu Verletzungen des Gehirns führen können. Verletzungen der Schädelkapsel geben zwar einen gewissen Massstab für die Heftigkeit eines Traumas, aber nur unsichere Anhaltspunkte für seine Wirkung auf den Schädelinhalt. Wichtiger ist, dass sie die Angriffsstelle der Gewalteinwirkung verrathen und auf ihre Richtung hinweisen, denn die letztere bestimmt im Allgemeinen die Lage der Kontusionsherde und bildet somit den Wegweiser zu dem Ort, wo sich auch sekundäre Veränderungen am ehesten erwarten lassen.

Besondere Störungen von Seiten des Gehirns, namentlich solche des Bewusstseins, brauchen nach der Kopfverletzung nicht aufzutreten."

An der Hand dieser auf eine grosse Zahl von Einzelbeobachtungen gestützten Ausführungen kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die durch den Stoss gegen den Balken bei W. eingetretene Gewalteinwirkung Ursache der relativ kurze Zeit danach eintretenden Gehirnblutung gewesen ist. Der Stoss war ein heftiger, der nur deshalb keine bedeutenden Spuren zurückliess, weil er den durch eine Bekleidung mit dicker Mütze geschützten Kopf mit breiter Fläche traf. Die Wirkung war immerhin eine augenfällige, W. taumelte, so dass er mit dem Kopfe gegen einen anderen Balken stiess, empfand ein Dröhnen durch den ganzen Körper mit einem eigenthümlichem Gefühl, das bis in die Spitzen der Finger und Zehen ging. Letzteres wurde m. E. verursacht durch gewaltsames Hineindrängen der Hirnflüssigkeit in den Rückenmarkskanal. Vom Augenblicke des Stosses fühlte W. ein schweres Unbehagen, das sich durch Unfähigkeit, seine Arbeit fortzusetzen und Flattern am ganzen Körper auch für Andere

bemerkbar machte. Es hörte nicht auf, bis W. vor Schwäche im Graben am Wege zusammenbrach und ging unmittelbar darauf in die Gehirnblutung über. Die anatomische Anordnung des Blutergusses auf dem Boden der rechten Hirnseitenhöhle entspricht vollständig der Wirkung des Stosses, der von oben den Schädel traf und sofort das subjektive Gefühl des Schmerzes in der rechten Kopfhälfte zur Folge hatte. Nimmt man hinzu noch die von den Obduzenten festgestellte atheromatöse Veränderung der Hirnarterien, besonders in der Nähe der Sylvischen Grube, so hiesse es, den Thatsachen und dem logischen Denken Zwang anthun, wenn man den ursächlichen Zusammenhang zwischen Kopfverletzung und der den Tod bedingenden Hirnblutung in Abrede stellen wollte.

Ich fasse mein Gutachten auf Grund der vorstehenden Ausführungen dahin zusammen.

1. Der Baurath Herr R. W. ist an einer Hirnblutung, die im rechten Stirn- und Schläfenlappen ihren Sitz hatte und eine bedeutende Hirnmasse zerstörte, gestorben.

2. Es ist auf Grund der Zeugenaussagen mit Bestimmtheit anzunehmen, dass die Hirnblutung, die nachweislich am 22. April d. J. nach einem heftigen Stoss gegen den Kopf erfolgt ist, durch den zeitlich und in Bezug auf die Krankheitserscheinungen in unmittelbarem Zusammenhange mit der Hirnblutung stehenden Stoss verursacht worden ist.

3. Die durch den Stoss an den Weichtheilen des Kopfes bewirkten Verletzungen sind durch den Schutz des Kopfes durch eine dicke Mütze und den Verlauf von sechs Tagen bis zum Tode von den Obduzenten so geringfügig gefunden.

(Aus dem „Hermannhaus“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerksberufsgenossenschaft. Leipzig-Stötteritz, Chefarzt Professor Windscheid.)

Zur Kasuistik der Hyperidrosis unilateralis.

Von

Dr. F. Apelt,

einst Assistenz-Arzt der Klinik.

Bei gewissen organischen Nervenkrankheiten wie Hemiplegie, Tabes dorsalis, Facialis-Lähmung, Poliomyelitis ant. beobachtet man manchmal eine Veränderung der Schweissabsonderung, die entweder in einer Steigerung (Hyperidrosis) oder Herabsetzung (Hypoidrosis) und Fehlen (Anidrosis) derselben besteht. Seitdem Luchsinger[1]) als Erster den Nachweis hat erbringen können, dass hauptsächlich im Gebiete des Sympathicus Schweissnerven verlaufen, ist man einer Deutung dieser interessanten Erscheinung näher gerückt. In neuester Zeit hat Stewart[2]) über einen hierzu gehörigen Fall berichten können:

Einen englischen Soldaten traf im südafrikanischen Kriege eine Mauserkugel hinter dem rechten Proc. mastoideus. Dieselbe trat in der hinteren rechten Axillarlinie in der Höhe des 7. Zwischenrippenraumes aus und hatte sofort Lähmung des rechten Armes und Blutspucken zur Folge. Nach 3 Wochen war letzteres, nach vier die Lähmung beseitigt. Während der Fahrt durch das rothe Meer schwitzte der Genesende nicht auf der rechten Seite des Gesichts. Das Gebiet der Anidrosis wurde nach links durch die Mittellinie, nach unten vorn durch die 3. Rippe, hinten den 3. Brustwirbel begrenzt. Es umfasste gleichzeitig den ganzen rechten Arm. Ausserdem bestand Verengerung der rechten Pupille und Zurückgesunkensein des rechten Augapfels. Die um die Hälfte verengte rechte Pupille kontrahirte sich gut bei Lichteinfall, erweiterte sich aber träge bei Beschattung. Auf Pilocarpin-Injektion kein Schweissausbruch im Gebiet der Anidrosis.

Ebensolche Störungen der Schweissabsonderung sind auch bei Hysterie, Neurasthenie u. A. beobachtet worden, also Krankheiten, für die bisher eine organische Erkrankung nicht angenommen wird. Man führt hier zur Erklärung eine Veränderung im Gebiet der Vasomotoren an.

Der Zustand der Hyper- und Anidrosis kann sowohl einseitig als doppelseitig auftreten. Das erstere ist das seltenere. So hat man Fälle von Hemicranie beobachtet, bei denen die befallene Gesichtshälfte stark geröthet war und sich im Verlaufe des Anfalls mit Schweiss bedeckte.

Erwähnt sei auch, dass ähnliche Störungen der Schweisssekretion bei ganz gesunden Personen nach Genuss von Getränken wie Alkohol, Kaffee u. A. gesehen worden sind.

Teucher[3]) endlich gebührt das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, dass von dieser „Hyperidrosis idiopathica unilateralis“ Fälle zu scheiden seien, in denen man zu der Annahme berechtigt sei, die Schweissanomalie sei ein Symptom einer psychischen Degeneration, welche sich auf der Grundlage einer erblichen oder erworbenen Belastung entwickle.

Als Stütze für seine Theorie dienen ihm fünf selbst beobachtete Fälle, die ich kurz referiren möchte:

Ein überarbeiteter, einseitig beanlagter Advokat, in seinen Verabredungen unzuverlässig, weichlich, leidet besonders Nachts an rechtsseitigem, genau mit der Mittellinie abschneidendem Gesichtsschwitzen, für das eine organische Erkrankung des Nervensystems sich nicht ermitteln lässt.

Ein erblich belasteter Landwirth wird durch mehrfache psychische Erregungen stark mitgenommen und leidet seitdem an einseitigem Schwitzen und schlechtem, unruhigem Schlaf. Auch hier tritt die Anomalie besonders Nachts auf der rechten Seite auf. $^1/_2$ Jahr später ist der Herr von seinen Beschwerden bis auf die abnorme Schweisssekretion frei und fühlt sich dabei ganz wohl.

Die anderen 3 Fälle fanden sich in einer Familie. Es handelt sich um den Vater und seine 2 Söhne, die sämmtlich an rechtsseitigem Gesichtsschwitzen leiden.

Der Vater ist von je her misstrauisch, lächerlich geizig, ein hochgradiger Zweifler. Der erste Sohn wird als hoch intelligent, Mathematiker, aber dabei unglaublich unpraktisch geschildert. 2 Schneidezähne zuviel. Sohn 2 enorm begabt und zwar universell, dabei in seinen Stimmungen sehr wechselnd, weint dann leicht und glaubt nichts nützen zu können. Als Student litt er, wenn berauscht, an Kleptomanie. Was die Heredität anlangt, so ist festgestellt, dass der Grossvater Potator ärgsten Grades war, die Grossmutter mütterlicherseits an Kleptomanie litt.

Von Teucher's Theorie hat Seeligmüller[4]) Kenntniss genommen, glaubt jedoch, dass bei der Seltenheit der Fälle eine Entscheidung noch nicht möglich sei und behält sich daher vor, zur Frage, ob Hyper- oder Anidrosis unilateralis bei fehlenden organischen Störungen als ein Degenerationszeichen anzusehen sei, später Stellung zu nehmen.

Da nun in unserer Klinik Patienten mit eine man Teuchers Fälle erinnernden Untersuchungsbefund beobachtet werden konnten, mithin zur Klärung der interessanten Frage betragen könnten, so halten wir eine Veröffentlichung derselben für gerechtfertigt. Es mag bemerkt werden, dass jeder derselben zwecks Feststellung seiner Klagen und des objektiven Befundes, gleichzeitig auch zur Behandlung vier Wochen lang auf Anweisung seiner Berufsgenossenschaft in unserer Anstalt

---

[1]) Luchsinger cit. n. Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten III, S. 160.

[2]) P. Stewart, Paralysis of the cervical sympathetic, Ref. Schmidt's Jahrbücher 1901, H. 8, S. 183.

[3]) Teucher, Hyperidrosis unilateralis. Neurolog. Centralblatt, Bd. 16, H. 2. 1897.

[4]) Seeligmüller. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten. XV. 3 u. 4. p. 159. 1899.

zu weilen hatte und so öfters einer gründlichen Untersuchung und Beobachtung unterzogen werden konnte.

Fall 1. P. L., Arbeiter, 37 Jahre. Akten 156/1901.

Vater ist an einem Magenleiden gestorben, Mutter gesund. Er ist das jüngste von 14 Kindern, hat mit 9 Jahren das Nasenbein gebrochen, mit 12 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht. In der Schule lernte er schwer, Soldat war er nicht wegen Leistenbruches. Verheirathet, 8 Kinder, von denen 5 klein an Krämpfen gestorben sind; geschlechtliche Infektion und Abusus alkoh. werden in Abrede gestellt. Geisteskrankheiten sind in seiner Verwandtschaft und Familie nicht vorgekommen.

Am 5. Oktober 1900 erlitt er durch Herabfallen einer Milchkanne auf den Kopf eine Hirnerschütterung (bewusstlos, mehrmaliges Erbrechen). Nach seiner Wiederherstellung war er vom 23. Januar bis 11. Februar 1901 in der Univ.-Nervenklinik zu Halle und konnte nach der Entlassnng nur leichtere Arbeiten leisten. da dauernde Kopfschmerzen, grosse Vergesslichkeit und Schwindel beim Bücken oder schnellen Wendungen ihn dabei hinderten. Ausserdem klagte er bei der Aufnahme am 1. Oktober 1901 über beständiges Schwitzen auf der linken Gesichtshälfte. — Mittelgrosser, kräftig gebauter, blasser, offenbar etwas schwachsinniger Mensch. Schädel o. B. bis auf eine 6 cm lange reizlose, gut verschiebliche Hautnarbe über dem linken Auge, deren Umgebung bei Beklopfen empfindlich ist. Druck auf die Austrittsstellen des supra- und Infraorbitalis schmerzhaft. Die linke Gesichtshälfte fühlt sich feuchter an als die rechte. Bei der geringsten körperlichen Anstrengung beobachtet man auf der ganzen linken Gesichtshälfte bis zur Haargrenze nach oben, mit der Medianlinie scharf abschneidend eine beträchtliche Schweisssekretion, welche auf der rechten Seite völlig fehlt. Die linke Partie ist bei Berührung mit Nadelspitze weniger empfindlicher als rechts, im Uebrigen ist die Sensibilität normal, ebenso ist an den anderen Hirnnerven nichts Abnormes nachweisbar. An Wirbelsäule und Thorax nichts Bes.; auf Lungen Zeichen von Bronchialkatarrh, Herz o. B., deutliche Arteriosklerose der sichtbaren und fühlbaren Gefässe. Am Abdomen, den Extremitäten und Geschlechtsorganen nichts Krankhaftes. Hysterische Stigmata. Konjunktival-Reflex her abgesetzt, Patellar-Reflex gesteigert. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Während der Beobachtung konnte festgestellt werden, dass die Hyperidrosis der linken Gesichtshälfte konstant bei Körperanstrengungen auftrat. Die Vermuthung, dass L. imbecill wäre, bestätigte sich. Er hatte grosse Pläne, arbeitete viel und eitrig in unserer Tischlerwerkstatt, zerschnitt aber das Holz und brachte wenig zusammen.

2. B. R., Arbeiter, 42 Jahre. Akten 173/1901.

Vater ist am Schlaganfall gestorben, Mutter lebt. 11 Geschwister, von denen sieben klein gestorben sind. Eine Schwester leidet an Epilepsie. Andere Nervenerkrankungen sind in der Verwandtschaft nicht vorhanden. Er will bis zu seinem Unfall gesund gewesen sein. Militärfrei wegen Körperschwäche. In der Kindheit habe er englische Krankheit überstanden. Alkohol-Abusus und geschlechtliche Infektion werden geleugnet.

Im September 1900 stürzte er 12 Stufen herab, war besinnungslos und litt nach dem Erwachen an Uebelkeit. Acht Tage lang ohne Sprache. Nach längerer Krankenhausbehandlung konnte er wegen beständiger Kopfschmerzen, Schwindel beim Bücken und Treppensteigen und Gedächtnissschwäche nur leichtere Arbeiten verrichten. Objektiv fand man einen kleinen, mageren Menschen, der einen melancholischen, stumpfsinnigen Eindruck macht, Fragen langsam, meist richtig beantwortet. Schädel o. B., Austritt der Supra- und Infraorbitalnerven druckempfindlich. Pupillen reagiren auf Licht und Konvergenz gleichmässig, aber etwas träge; sie sind gleichweit. Geruch, Sehakt, Gehör nicht abnorm. Beide Gesichtshälften werden gleichmässig innervirt. aber mit wenig Energie; der Gesichtsausdruck hat etwas Maskenhaftes, Starres. Zungeninnervation o. B. Am Thorax Zeichen überstandener Rhachitis, Herz in Ordnung, ausgebildete Arteriosklerose, Emphysem. An Bauch- und Geschlechtsorganen nichts Krankhaftes. Reflexe eben auslösbar, keine hysterische Stigmata. Auf der rechten Gesichtshälfte und allmählich auch auf der rechten Brusthälfte trat eine scharf bis zur Medianlinie begrenzte, durch psychische Erregungen, nicht durch körperliche Anstrengungen hervorgerufene Schweisssekretion auf, die an Stärke schliesslich so zunahm (z. B. während einer gründlichen Untersuchung), dass das Gesicht und die Brust buchstäblich mit Schweisstropfen dicht bedeckt waren.

Die Bilder, die beide Patienten uns bieten, sind also, was die Krankheitserscheinungen und deren Ursachen anbelangt, ziemlich verwickelt und werden erst klar, wenn man die verschiedenen ursächlichen Momente prüft, die zur Entwicklung jener Symptome geführt haben.

Bei beiden Kranken besteht eine ausgesprochene Arteriosklerose der sichtbaren und fühlbaren Gefässe und beide wurden vor etwa einem Jahre von einer Gehirnerschütterung betroffen, deren Folgen sich noch bemerkbar machen. Es bleibt die Trias Kopfschmerz, Schwindel und Gedächtnissschwäche zurück, und eine vierwöchentliche, wesentlich mild hydrotherapeutische Anstaltsbehandlung kann eine bedeutende Besserung nicht erzielen. Wir haben, wie Windscheid[5] kürzlich nachgewiesen hat und ich[6]) mit 16 Krankengeschichten belegen konnte, die Symptome vor uns, die bei einer Arteriosklerose der Hirngefässe nach einer Concussio cerebri (Kocher[7]) auftreten. Als Ursache für diese Erscheinung führen wir die ungenügende Ernährung des Hirns und damit die geringe Aussicht auf einen Ausgleich der durch die Hirnerschütterung gesetzten Läsionen an; der Grund hierfür ist in der schweren Schädigung des arteriosklerotischen Gefässapparates mit seiner geringeren Elastizität, seiner leichteren Zerreissbarkeit und endlich dem Fehlen oder der geringeren Wirksamkeit des Gefässtonus bezügl. der Gefässmuskulatur zu suchen.

Beide Patienten lassen ausserdem einige andere Störungen und zwar psychischer Natur erkennen. P. macht einen schwachsinnigen Eindruck, sein Urtheilsvermögen und seine Denkkraft sind herabgesetzt, wie seine Thätigkeit als Tischler uns bewies. Auch R. ist in seinem Auffassungsvermögen gehemmt; er ist zu Arbeiten, die etwas Geschick und Ueberlegung erfordern, nicht zu bewegen. Gegen die Annahme, dass diese Erscheinungen allein durch die Hirnerschütterung hervorgerufen worden sind, spricht die Erfahrung. Anderseits liess sich trotz sorgfältiger Beobachtung ein organisches Nervenleiden nicht feststellen.

Ich meine den Schlüssel hierzu in der starken hereditären Belastung, die bei beiden Kranken nachgewiesen ist, suchen zu dürfen.

P. ist das jüngste von 14 Kindern, in der Schule hat er schwer gelernt, ein Beweis, dass die Chancen für eine grosse elterliche geistige Mitgift nicht bedeutend waren. Aus seiner Ehe gehen 8 Kinder hervor, von denen 5 klein an Krämpfen starben. Dabei ist relativ sicher festgestellt, dass Lues oder Abusus alkoh. nicht bei ihm vorliegen.

R. ist schwach von Kindheit an, hat Rhachitis überstanden, kommt wegen Körperschwäche vom Militär frei. Von seinen 11 Geschwistern sind 7 klein gestorben, von den Ueberlebenden leidet eine Schwester an Epilepsie.

Es ist gewiss zuzugeben, dass jene psychische Degeneration sich kaum so stark ausgebildet hätte, wenn nicht eine Concussio cerebri das Hirn schwer geschädigt hätte und die

---

[5]) Windscheid, Die Beziehungen der Arteriosklerose zu den Erkrankungen des Gehirns; Münch. mediz. Wochenschrift 1902, H. 9.

[6]) Apelt, Arteriosklerose und Commotio cerebri; Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1902, No. 12.

[7]) Kocher, Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten; spez. Pathologie und Therapie von Nothnagel IX B, III. Theil.

Arteriosklerose die Heilung verzögerte, vielleicht unmöglich machte; aber die Belastung ist jedenfalls die Basis, auf der eine raschere Entwicklung jener Entartung zu Stande kommen kann. Sie möchte ich endlich auch im Sinne Teuchers für die bei Beiden beobachtete Hyperidrosis unilateralis verantwortlich machen, da ich, soweit ich die Literatur durchsucht habe, keine Fälle finden konnte, in denen nach Concussio cerebri bei Arteriosklerose eine gesteigerte einseitige Schweissabsonderung aufgetreten wäre, anderseits eine organische Erkrankung des Nervensystems, in deren Gefolge jene Sekretionsanomalie sich entwickelt, durch die vierwöchentliche Beobachtung mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Teucher betont gleichfalls, dass er ein organisches Nervenleiden als Ursache für die Hyperidrosis in seinen Fällen nicht finden konnte; sein „Landwirth" z. B. fühlt sich, als er von seinen anscheinend neurasthenischen Beschwerden befreit ist, trotz seines Schwitzens ganz wohl; es ist daher nur folgerichtig von ihm, wenn er die bei allen fünf Patienten, besonders dem Vater und seinen zwei Söhnen, nachweisbare erbliche Belastung als ursächliches Moment ins Feld führt. Auch in seinen Fällen wird, ähnlich wie bei den meinigen, die Steigerung der Schweisssekretion durch Anstrengungen, Aufregungen, bei Vater und Söhnen nicht selten ausserdem durch Geruch und Genuss gewisser Speisen ausgelöst.

Diese Auffassung scheint mir grössere Wahrscheinlichkeit zu haben, als eine auf Adamkiewiczs[8]) Hypothese fussende — der Nervenapparat der Schweisssekretion nehme seinen Anfang im Gehirn —, die dahin zielen würde, dass die Concussio cerebri jenen Apparat geschädigt hätte. Es würde jedenfalls dann viel natürlicher sein, wenn die Hyperidrosis nicht ein-, sondern doppelseitig aufträte.

Dass endlich die bei Patient P. nachweisbare Hysterie vielleicht an der Entwicklung der Sekretionsanomalie mitbetheiligt ist, wird sich nicht leugnen lassen, ist doch bei reiner Hysterie Steigerung der Schweissabsonderung mehrfach beobachtet worden.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer zu St. Petersburg.

Studien zur Kenntniss der zufälligen (nicht operativen) Verletzungen der grösseren Venenstämme.

Von

W. K. Finkelstein.

Dem Andenken Manassein's gewidmet.

(Fortsetzung).

II. Verletzungen der Vena subclavia.

4. J. T., 32 Jahre alt, wurde am 8. April 1901 in das Krankenhaus aufgenommen. Der Verletzte ist von unbekannten Personen überfallen und einige Stunden darauf im Zustande stark ausgesprochener akuter Anämie mit kaum fühlbarem Puls eingeliefert worden. Der Patient ist gut gebaut und gut genährt, aber sehr blass in Folge ungeheuren Blutverlustes. Zwei Querfingerbreiten unterhalb der Mitte des rechten Schlüsselbeins befindet sich eine in querer Richtung verlaufende, 3 cm grosse, mit einem Blutgerinnsel verschlossene und nicht blutende Wunde. Bei Bewegung des rechten Armes stürzt aus der Wunde ein Strahl dunklen venösen Blutes hervor. Die Wunde wurde sofort tamponirt und bis 12 cm erweitert (W. K. Finkelstein). Die Fasern des M. pectoralis major wurden longitudinal gespalten, der M. pectoralis minor nach unten gezogen. Unmittelbar unter dem Schlüsselbein sah man in der V. subclavia eine 2 cm grosse Spalte, aus der in unterbrochenem Strahl Blut herausfloss. Die Wundränder der Vene wurden mit 4 Pincetten gefasst, worauf die Blutung stand. Der von der V. subclavia nach unten abgehende Ast wurde separat unterbunden. Dann wurde die Vene mittelst einer feinen Darmnadel unter Anlegung von 4 Nähten vernäht. Entfernung der Pincetten. Trotz der Füllung der Vene kam es zur Wiederholung der Blutung nicht. Die Hautwunde wurde an den Rändern vernäht, der mittlere Theil derselben mit Tampons ausgefüllt. Aseptischer Verband. Der rechte Arm wurde an den Rumpf mittelst des Desault'schen Verbandes befestigt. 1000 cm Kochsalzlösung subkutan.

9. Juni. Patient sehr blass und schwach, Puls 94, regelmässig, aber leicht komprimirbar. Der Patient klagt über Durst.

11. Juni. Subjektives Befinden gut, Puls vollständig befriedigend.

13. Juni. Einführung neuer Tampons in die Wunde. Entfernung der Nähte, Prima intentio.

22. Juni. Die Wunde füllt sich aus.

31. Juni. Die Wunde ist ganz oberflächlich.

20. Juli. Die Wunde ist vollständiger Verheilung nahe. Der Patient wird als vollkommen gesund entlassen. Im rechten Arm keine Störungen der Blutzirkulation.

In diesem Falle hatte ich es mit einer sehr selten vorkommenden isolirten Verletzung der V. subclavia zu thun. Das verletzende Werkzeug hat, indem es durch die dicke Schicht des M. pectoralis major drang und in schräger Richtung nach aussen und oben verlief, nur die vordere Gefässwand durchlocht. Der Widerstand, den die Kleidung, die Haut und der kontrahirte M. pectoralis major leisteten, haben die Wucht des Schlages dermassen geschwächt, dass das Messer weder die innere Wand, noch die nach aussen und hinten verlaufende A. subclavia verletzte. In der Literatur sind im Ganzen nur 4 solche Fälle von isolirter zufälliger Verletzung der V. subclavia vorhanden.

In dem Falle Klemm's handelt es sich um einen 23jährigen jungen Mann, der mit einem Messer gestochen und $^1/_2$ Stunde darauf im Zustande hochgradiger Anämie eingeliefert wurde. Puls in beiden Aa. radiales mittlerer Füllung, 100. Eine Querfingerbreite unterhalb der Mitte des linken Schlüsselbeins befand sich eine in schrägtransversaler Richtung verlaufende, 6 cm grosse Wunde, aus der eine starke venöse Blutung stattfand. Erweiterung der Wunde. In der vorderen oberen Wand der V. subclavia fand man eine 7 mm grosse Wunde. Oberhalb und unterhalb der Verletzung wurden unter die Vene temporäre Ligaturen geschoben, die Oeffnung an der Vene mittelst Pincette gefasst und darauf der Spitze des in Folge der Hochhebung der Venenwand entstandenen Konus eine seitliche Ligatur angelegt. Vernähung der Wunde. Einführung eines Tampons in den oberen Wundwinkel. Suspension des Armes. Vollständige und glatte Heilung.

Im Falle Wahl's handelt es sich um eine Stichverletzung im Dreieck zwischen dem M. deltoideus und dem M. pectoralis. Ungeheure Blutung. Sofortige digitale Kompression. Nach $^1/_2$ Stunde Erweiterung der Vene. Die V. subclavia ist unmittelbar oberhalb der Mündungsstelle der V. cephalica verletzt. Letztere sowohl, wie auch die Vv. acromiales waren ganz durchschnitten. Doppelte Unterbindung der Vena subclavia nach vorangehender Unterbindung der übrigen verletzten Gefässe. Nach der Operation weder Oedem, noch Herabsetzung der Sensibilität. Nur die Haut war etwas cyanotisch. Im weiteren Verlauf stellte sich in der Wunde Eiterung ein. Schliesslich kam es doch zu vollständiger Genesung.

Herbing*) hat in seinem Falle auf die Vene Pincetten angelegt und letztere in der Wunde einige Tage liegen lassen. Der Fall Herbig's weist auf die Möglichkeit einer sekundären Blutung selbst nach 3 tägiger Kompression des Gefässes hin.

Der betreffende 19jährige Patient wurde mit einem Messer in die Brust gestochen. Es stürzte Blut hervor; die Wunde wurde tamponirt. Hochgradige Anämie, Erbrechen, starker Durst. In der rechten Regio subclavia fand man 2 Querfingerbreiten unterhalb der Clavicula eine 15 cm grosse Wunde, die von oben nach unten verlief. Aus der Wunde, welche mit Watte verstopft war, floss tropfen-

[8]) Adamkiewiczs cit. nach Teucher s. [2]).

*) Ich zitire noch B. N. Cholzow.

weise dunkelrosa-farbenes Blut hervor. Schwellung war in dieser Gegend nicht vorhanden. Nachdem er sich überzeugt hatte, dass die Kompression der Gefässe oberhalb der Clavicula nutzlos ist und dass die Blutung nur auf Tamponade steht, spaltete Verf. im oberen Winkel den Muskel und legte die Clavicula frei. Hierauf wurde das Gefäss in der Wunde sichtbar. Nun wurden auf dasselbe 5 Pincetten unter Winkel zur Längsrichtung angelegt (Form und Lage der Wunde beschreibt Herbing nicht). Die Blutung stand. Am dritten Tage trat nach der Entfernung der Pincette eine ausserordentlich heftige Blutung ein, die nur nach Wiederanlegung der Pincette stand. Verf. wartete weitere 7 Tage und entfernte dann die Pincette. Die Blutung kam nicht wieder. Nach $2^1/_2$ Monaten war die Wunde verheilt. Die im Gebiet des N. ulnaris eingetretenen Störungen der Sensibilität verschwanden rasch.

Schliesslich hat Körte [14]) in einem Falle zunächst die Wunde der Venenwand vernäht. Da sich aber die Blutung wiederholt hatte, unterband er das Gefäss.

Ein 45jähriger Schlossermeister erlitt einen komplizirten Bruch der Clavicula bei Kontusion der Brust durch einen in Folge einer Explosion geplatzten Stein. Die eingetretene Blutung stand auf Tamponade. Beim Tamponwechsel und Eweiterung der Wunde unter Chloroform fand man in der V. subclavia eine Spalte. Diese wurde vernäht. Da sich aber die Blutung nach Aufhebung der Kompression wiederholt hatte, wurde die Vene an 2 Stellen unterbunden. Das Schlüsselbein wurde mittelst Draht genäht. Die Stauung im Arme verschwand allmählich.

Das sind sämmtliche Beobachtungen von isolirter zufälliger Verletzung der V. subclavia. Viel häufiger sind die Fälle von gleichzeitiger Verletzung der A. subclavia und der V. subclavia. Rotter hat unter 13 Fällen von Verletzung der A. subclavia in 5 zugleich eine Verletzung der Vene konstatirt. Büngner*) hat unter 11 Fällen nur einmal Verletzung beider Gefässe konstatirt. Bramann**) hat unter 15 Fällen 5 Fälle von Verletzung der Vene festgestellt. Es kann auch eine penetrirende Verletzung der V. subclavia ohne Verletzung der Arterie, d. h. eine Verletzung beider Venenwände zu Stande kommen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass in dem Falle Körte's die Blutung dadurch zu Stande gekommen ist, dass auch die äussere Venenwand verletzt war.

Die Diagnose wurde in allen diesen 5 Fällen durch unmittelbare Besichtigung des verletzten Gefässes gestellt. Vor kurzer Zeit wurde in der chirurgischen Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer ein Fall beobachtet, in dem eine Verletzung der V. subclavia mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden konnte.

M. K. wurde am 1. November 1901 aufgenommen. Der Patient hatte einen Messerstich erhalten, worauf eine sehr profuse Blutung eintrat. Die Einlieferung in das Krankenhaus erfolgte unmittelbar nach der Verletzung. Zwei Querfingerbreiten oberhalb des Schlüsselbeins, vorn vom Rande des M. trapezoides befindet sich eine in schräg-transversaler Richtung verlaufende, 1,5 cm lange Schnittwunde, aus der eine starke arterielle Blutung stattfindet. Erweiterung der Wunde nach vorn bis 4 cm und Unterbindung der in derselben gefundenen durchschnittenen A. transversa scapulae. Die Blutung stand, der Wundkanal verlief nach unten 7—8 cm tief. Einführung eines trockenen Tampons in die Wunde. Der Patient war sehr blass, Puls 92, mittelmässig. Patient klagt über Stiche in der linken Brusthälfte, wo die Athmung etwas geschwächt ist.

2. November. Verband von Blut durchtränkt. Wechsel der oberen Verbandschichten. Patient blass, Puls 112, Temperatur 37,8.

3. November. Bei vorsichtiger Entfernung der Tampons aus der Tiefe der Wunde stellte sich eine ungeheure venöse Blutung ein, die jedoch unter Tamponade bald stand; aus diesem Grunde wurde die Wunde nicht erweitert. Applikation eines aseptischen Verbandes.

4. November. Temperatur leicht gesteigert, starker Husten mit eitrigem Sputum. In der Höhle der linken Pleura Erscheinungen von Flüssigkeitsansammlung.

5. November. Tampons werden durch neue ersetzt, keine Blutung.

6.—13. November. Der Patient fiebert, die Wunde granulirt gut.

14. November. Links hinten Dämpfung, vom Angulus scapulae beginnend. Mittelst Potain'schen Apparats wurden 150 ccm Flüssigkeit dunklen Blutes entleert. Dieser Eingriff wurde noch zweimal wiederholt; dann wurde, da die Temperatur gesteigert war, in der Linea scapularis die 8. Rippe resezirt, wobei sich viele Blutgerinnsel entleerten. Nun wurde die Temperatur normal. Die reichliche Absonderung aus der Pleurahöhle liess allmählich nach, und gegenwärtig befindet sich der Patient auf dem Wege zur Genesung.

In diesem Falle kann man sich den Hergang folgendermassen vorstellen: Das Messer hat die Arteria transversa scapulae und in der Tiefe die Vena subclavia verletzt. Dank der geschlängelten Form des Wundkanals, der eingetretenen Thrombose und dem allgemeinen Sinken des Blutdrucks in Folge reichlichen Blutverlustes stand die Blutung aus der Vene von selbst; sie konnte sich am folgenden Tage bei Tamponadewechsel in Folge der Steigerung des Blutdrucks und in Folge der Entfernung des thrombosirenden Blutgerinnsels mit den Tampons wiederholen. Die Quelle der Blutung konnte auch das Gewebe der Lungenspitze abgegeben haben; jedoch scheint es mir, dass die Intensität der plötzlich eingetretenen venösen Blutung, sowie das Fehlen der Luftbläschen eher für eine Verletzung der Vene sprechen. Schliesslich ist in diesem Falle eine Kombination beider Verletzungen möglich: einer grossen Vene und der Lungenspitze, wie dies in der Beobachtung Rapp's*) der Fall ist, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit dem soeben geschilderten Falle darbietet.

Die Wunde wurde mittelst eines Dolches beigebracht, der dicht oberhalb des Schlüsselbeins, 1 cm ausserhalb des Sterno-Claviculargelenks in den Körper drang. In der Umgebung der Wunde bestand Hautemphysem. Tod nach einigen Stunden. Die Sektion ergab: Vena jugularis interna, unterhalb der linken Clavicula, einige Linien oberhalb ihrer Verbindungsstelle mit der Vena subclavia durchstochen, während unterhalb der Wunde das Lumen der Vene bis zur Vena anonyma von einem Gerinnsel eingenommen war. Aus der Venenwunde hatte sich das Blut in die linke Pleurahöhle ergossen. Hier sammelte es sich in einer 3 bis 4 Liter grossen Menge und komprimirte in hohem Grade die linke Lunge, auf deren Spitze sich ein 2—4 Linien tiefer Stichkanal befand.

Eine sehr starke Blutung kann nicht nur bei der Verletzung der grossen Venen, sondern auch bei der Verletzung der Seitenäste derselben eintreten, namentlich wenn letztere dicht an der Mündungsstelle durchschnitten sind.

Als Beispiel kann folgender im Obuchow'schen Krankenhause beobachteter Fall dienen.

S. A. wurde am 6. September 1898 aufgenommen. Der Patient erhielt bei einer Schlägerei einen Messerstich in die Brust und wurde in das Krankenhaus im Zustande hochgradiger Anämie mit todtenblassem Gesicht und kaum fühlbarem Puls eingeliefert. Asthma. Im Gebiet des Herzens tympanischer Schall. Herztöne sehr dumpf; vollständige Dämpfung unten links. Athmungsgeräusch hier gar nicht wahrzunehmen. Eine Querfingerbreite unterhalb der Mitte des linken Schlüsselbeins befindet sich eine 3,5 cm lange, in querer Richtung verlaufende Schnittwunde, die in der Richtung von innen nach hinten zwischen Clavicula und der ersten Rippe verläuft. Nachdem die Wunde von den Gerinnseln gereinigt war, stellte sich eine ausserordentlich starke venöse Blutung ein. Erweiterung der Wunde. Vena cephalica intakt, desgleichen die Vena subclavia, soweit sie besichtigt werden konnte. Mit grosser Mühe gelang es, zwei blutende Aeste der Vena subclavia, die dicht an ihrer Mündungsstelle durchschnitten waren, aufzufinden. Anlegung von Ligaturen. In der Tiefe oberhalb der ersten Rippe drang die Wunde durch eine

*) Ich zitire noch Klemm.

**) Ibidem.

*) Zitirt nach Oppel.

breite Oeffnung, welche einen Finger leicht passiren liess, in die Pleurahöhle. Die Luft drang mit Geräusch in dieselbe und kam mit schaumigem Blut zurück. In die Pleurahöhle wurde ein trockener Tampon eingeführt, die übrige Wunde wurde gleichfalls tamponirt. Intravenöse Transfusion von 330 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Tod zwei Stunden nach der Operation. Sektion: A. und V. subclavia intakt. In der Pleurahöhle reichlich Ansammlung von venösem Blut. Linke Lunge stark komprimirt, jedoch nicht affizirt.

In diesem Falle bieten die Quelle der profusen venösen Blutung die Seitenäste der Vena subclavia. Die Todesursache waren, sofern man nach dem Ergebniss des gerichtlich-medizinischen Protokolls urtheilen konnte, Blutverlust und stark ausgesprochener Hämopneumothorax, der reflektorisch Lähmung des Herzens herbeigeführt hat.

Die Diagnose von Verletzungen der Vena subclavia bietet gewisse Schwierigkeiten, da die Vene sehr tief liegt. Bisweilen ist die Diagnose ohne weite Eröffnung der Wunde und ohne unmittelbare Besichtigung des Gefässes direkt umöglich. Das Hauptsymptom ist Blutung mit allen ihren Folgen; jedoch kann die Blutung ausbleiben, wenn die Wunde der Vene klein ist und sie von den verschiebbaren Muskelschichten geschlossen wird. Ausserdem hängt die primäre Blutung von dem Charakter und der Ausdehnung der Weichtheile, sowie von der Länge und Richtung des Wundkanals ab. Je länger und geschlängelter letzterer ist, desto geringer ist die primäre Blutung. Schliesslich ist der Arzt bei Weitem nicht immer Augenzeuge der Blutung, da der Verletzte nicht selten dem Arzte zugeführt wird, nachdem die Blutung in Folge Nachlassens der Herzthätigkeit, in Folge zufälliger Ursachen (Tamponade der Wunde) oder in Folge lokaler Eigenthümlichkeiten der äusseren Wunde, wie dies in meiner Beobachtung der Fall war, zum Stillstand gekommen ist. Wenn bei nicht blutender Wunde Anzeichen von hochgradiger akuter Anämie vorhanden sind, so haben wir Grund, anzunehmen, dass ein grösserer Gefässstamm verletzt ist, wenn auch, wie bereits bemerkt, die Durchschneidung der lateralen Venenäste gleichfalls von profuser Blutung begleitet werden kann. Nach Ziegler[15]) kann als differentialdiagnostisches Merkmal zur Unterscheidung einer Verletzung der Vena subclavia von einer Verletzung der Arteria subclavia das Fehlen rasch zunehmender Vorstülpung der umgebenden Weichtheile angesehen werden, da nur der arterielle Druck im Stande ist, die Spannung der benachbarten Weichtheile zu überwinden. Diese Vorstülpung ist jedoch, wie Ziegler selbst hervorhebt, nur für gewisse Fälle charakteristisch, denn es kann sich, wenn die Dehnbarkeit der Weichtheile eine sehr grosse ist, auch in der nächsten Umgebung der verletzten Venen (namentlich einige Tage nach der Verletzung) eine bedeutende Schwellung bilden. In Folge dessen ist und bleibt der einzig entscheidende Eingriff Erweiterung der Venen und Besichtigung des Gefässes.

Die Prognose ist bei isolirten Verletzungen der Vena subclavia als eine ernste zu betrachten. Selbstverständlich ist die Prognose desto besser, je früher ärztliche Hilfe zur Stelle ist. In den veröffentlichten fünf Fällen (unseren Fall mitgerechnet) trat Genesung ein. Jedoch kann man auf Grund dieser Fälle keine Schlüsse über die relative Ungefährlichkeit der Verletzungen der Vena subclavia ziehen. Man kann eben nicht annehmen, dass die Verletzung dieser Vene 100 Prozent Genesungen giebt, da gewöhnlich nur Fälle mit günstigem Ausgang veröffentlicht werden.*) Was die konsekutiven Störungen in Folge von totaler oder partieller Verengerung des Lumens der Vene betrifft, so traten dieselben, wenigstens in den oben mitgetheilten Fällen, nicht immer auf und äusserten sich in sehr schwachem Grade. Herbing hat bald verschwundene Störungen der Sensibilität im Gebiete des N. ulnaris, Körte eine vorübergehende venöse Stauung konstatirt. In meinem Falle kam es zu keinen konsekutiven Störungen der Blutzirkulation, da das Lumen des verletzten Gefässes erhalten blieb.

III. Verletzungen der Vena cava inferior.

5. F. I., 40 Jahre alt, wurde am 15. Januar 1895 aufgenommen. Eine halbe Stunde vor der Aufnahme brachte sich der Patient in selbstmörderischer Absicht eine Verletzung mittelst eines grossen Messers bei. Der Patient ist von mittelmässiger Statur und mittelmässigem Körperbau. — Blass, vollständig bei Bewusstsein. Puls kaum fühlbar. Eine Fingerbreite unterhalb des Schwertfortsatzes in der Mittellinie befindet sich eine in länglich schräger Richtung verlaufende, 2,5 cm lange, blutende Wunde mit glatten Rändern. Erweiterung der Wunde bis 8 cm. Man fand in derselben mächtige frische Blutgerinnsel. In der Wunde sah man das mit Gerinnseln bedeckte intakte Netz. Magen intakt. Bei der weiteren Besichtigung fand man etwas rechts und oberhalb der Hautwunde auf der oberen Oberfläche des linken Leberlappens eine stark blutende, 2 cm grosse Wunde mit glatten Rändern. Der in dieselbe eingeführte Finger ging durch einen kurzen Kanal und gelangte in eine hinten und rechts liegende apfelsinengrosse Höhle, die mit Gerinnseln gefüllt war. Tamponade der Leberwunde, worauf die Blutung stand, wenn auch nicht vollkommen. Das Blut floss aus der linken Hälfte des Abdomens immerfort. Die Blutung, deren Quelle nicht gefunden werden konnte, stand erst, nachdem in die Bauchhöhle in verschiedenen Richtungen einige grosse Tampons eingeführt worden waren. Subkutane Injektion von 500 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Exzitantien. Warme Flaschen auf die Füsse. Der Puls stieg nach Anlegung des Verbandes ein wenig. Nach zwei Stunden war der Verband mit Blut durchtränkt. Nach Entfernung der oberen Schichten des Verbandes bis zu den Tampons, die in die Bauchhöhle eingeführt worden waren, schien die Blutung zu stehen. Keine Erscheinungen von Reizung des Peritoneums: Abdomen weich, eingefallen, schmerzlos. Der Verletzte ist bei vollem Bewusstsein, zeigt aber Todtenblässe. Puls kaum fühlbar. Die oberen Schichten des Verbandes werden ersetzt, die Tampons in situ belassen. Nach Transfusion von 800 ccm physiologischer Kochsalzlösung und subkutaner Injektion von 2,0 Kampheröl besserte sich einigermassen der Puls, so dass man ihn zählen konnte.

16. Januar. Puls befriedigend, 100. Der Kranke ist bei vollem Bewusstsein, klagt über Schmerzen im ganzen Abdomen. Die Palpation ergiebt diffuse, ziemlich starke Schmerzhaftigkeit. Aufblähung, Erbrechen, Uebelkeit nicht vorhanden. Harnentleerung spontan.

17. Januar. Die mit Blut durchtränkten oberen Schichten des Verbandes werden ersetzt.

18. Januar. Puls gut, Abdomen nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Subjektives Befinden gut. Appetit. Kein Ikterus. Abends Temperatur 40.

19. Januar. Temperatur des Morgens 37,5 Grad; Allgemein zustand gut.

20. Januar. Leichte Uebelkeit, einmal Erbrechen. Beim Wechsel der in die Leber eingeführten Tampons stellt sich die Blutung mit ungeheurer Kraft wieder ein. Einführung neuer Tampons, worauf die Blutung stand. Der Patient fiebert.

21. Januar. Uebelkeit, mehrmaliges Erbrechen, im ganzen Abdomen nicht besonders stark ausgesprochene Schmerzhaftigkeit. Der Kranke ist verfallen und blass. Ikterische Verfärbung der Haut. Sensorium getrübt. Temperatur 39,0 Grad.

*) Ein Todesfall in Folge von Blutung aus der Vena subclavia ist von Maunoury veröffentlicht worden. Bruch des Schlüsselbeins (ich zitire nach Cholzow) mit ungeheurer Schwellung der rechten Schulter und deren Umgebung, besonders der Fossa infraclavicularis. Am folgenden Tage wurde der Bluterguss mittelst Inzision eröffnet, und zwar oberhalb und parallel dem Schlüsselbein. Nach Inzision der Fascie ungeheure Blutung. Beim Versuch, das zentrale Ende der Vena subclavia zu fassen, Lufteintritt und sofortiger Tod. Bei der Sektion fand man die Vene durch einen Splitter fast vollständig durchschnitten.

22. Januar. Puls kaum fühlbar; Ikterus, Erbrechen. — Tod. — Sektion: Akute eitrige Leptomeningitis, Hyperämie des Gehirns, beginnende fettige Degeneration des Herzens, fibröse Endokarditis der halbmondförmigen Aortenklappen, beginnende Sklerose der Aorta; akute fibrinöse Pleuritis links und chronische adhäsive diffuse Pleuritis rechts. Lungenödem. Metastatischer Abscess in der linken Lunge. Akute fibrinöse Perihepatitis und Peritonitis, akute Hyperplasie der Milz, Schnittwunde des Abdomens, der Leber (der beiden Lappen) und der Vena cava inferior, Thrombose der Vv. hepaticae, chronische Gastroenteritis, parenchymatöse Nierendegeneration. Septicopyämie.

Das Messer ist somit durch die Dicke des linken Leberlappens schräg nach hinten und rechts in den Lobus Spigelii, links von der Porta hepatica gegangen und hat die Wand der Vena cava inferior durchbohrt.*)

Es handelte sich hier also um eine sehr seltene Form von zufälliger Verletzung der Vena cava inferior. Bei der Durchsicht der Literatur der Frage der Stich-Schnittverletzungen der Leber konnte ich ein ähnliches Beispiel nicht finden, wenigstens in der neueren Literatur nicht, so dass mein Fall als Unikum seiner Art erscheint.**) Das lange Messer des Selbstmörders drang augenscheinlich in die Dicke des linken Leberlappens durch die obere Leberoberfläche und verletzte, indem es schräg nach rechts und hinten zum Lobus Spigelii ging, die am hinteren Rande der Leber verlaufende Vena cava inferior. Das Blut, das sich in die Wandungen des Organs ergossen hat, bildete in demselben eine Höhle, die durch schmalen Kanal mit der Wunde auf der oberen Oberfläche des linken Leberlappens kommunizirte. Merkwürdig ist es, dass die Blutung unter Tamponade verhältnissmässig leicht stand. Dieser Umstand, der von vielen Autoren mehrfach hervorgehoben wurde, wird durch den geringen Druck in der Vena cava inferior erklärt. Die nächste Todesursache war in diesem Falle nicht akute Anämie, sondern septicopyämische Infektion in Folge Zerfalls des die Vene verstopfenden Gerinnsels und metastatischer Verschleppung der abgerissenen Partikelchen nach den einzelnen Organen. Die Infektion konnte vom Darm aus stattgefunden haben. Fritz König[16]) erklärt, indem er sich auf seine eigenen Beobachtungen sowohl, wie auch auf die Arbeiten von Charin und Gilbert stützt, die septische Infektion der Leberwunden durch Eindringen von Bakterien aus dem Darm durch die Gallen- und Blutwege. Es ist zweifellos, dass die Blutung die Kräfte des Kranken dezimirt hat. Besonders schädlich hat auf seinen Zustand die sekundäre Blutung eingewirkt, die sich am 6. Tage bei der Entfernung der Tampons eingestellt hatte. Unmittelbar darauf entwickelte sich das Bild von akuter Peritonitis, und der Patient ging unter Erscheinungen von Septicopyämie zu Grunde.

Viel häufiger werden Verletzungen der Vena cava inferior bei Operationen an den Nieren, meistentheils bei Entfernung der rechten Niere beobachtet, und zwar aus leicht verständlichen anatomischen Ursachen. Wenn auch die Besprechung dieser Fälle in den Rahmen meines Aufsatzes nicht hineingehört, will ich doch in Anbetracht der Seltenheit solcher Verletzungen, der Wichtigkeit und Neuheit der Frage, welche Veranlassung zu experimentellen Untersuchungen gegeben hat, sowie in Anbetracht der damit eng verbundenen Frage von der Entwicklung der verschiedenen therapeutischen Massnahmen mit wenigen Worten die operativen Verletzungen der Vena cava inferior berühren. Solche Fälle sind in der russischen Literatur von Prof. Weljaminew[17]) veröffentlicht, in der ausländischen von einer ganzen Reihe von Chirurgen, wie Billroth*), Lücke*), Socin*), Lindner*), Helferich*), Riedel*), Israel* und Schede*).

Es ist bemerkenswerth, dass es in allen diesen Fällen gelungen ist, der eingetretenen Blutung Herr zu werden, noch bevor es zu bedrohlichen Erscheinungen der Anämie gekommen war. Ferner war die Blutung in keinem dieser Fälle die unmittelbare Todesursache. Lindner nimmt an, dass mit Ausnahme seines eigenen Falles, in dem es zum Lufteintritt in die Vene und in den rechten Herzventrikel gekommen ist, sowie des Falles von Israel, in dem die Todesursache zunehmende Obliteration der Vene war, die Verletzung der letzteren auf den Ausgang der Operation keinen wesentlichen Einfluss hatte. Mit dieser Ansicht kann man sich nicht einverstanden erklären. In dem Falle Billroth's trat der Tod $1^1/_2$ Stunden nach der Operation zweifellos in Folge des ungeheuren Blutverlustes ein. Dasselbe dürfte wohl auch in der Beobachtung Socin's der Fall gewesen sein. In den übrigen tödtlich verlaufenen Fällen (Helferich, Riedel und Lücke) lag die Todesursache wirklich in der allgemeinen Inanition und in der Schwere der Grunderkrankung, die zweifellos durch die Verletzung der Vene und den konsekutiven Blutverlust verschlimmert wurde. Jedenfalls müssen operative, und noch mehr zufällige, Verletzungen der Vena cava inferior zu der Gruppe der sehr schweren Verletzungen gerechnet werden, welche bei Vorhandensein gewisser günstiger Momente (rechtzeitige Tamponade, Anlegung einer Naht oder Applikation von Klemmen auf die Venenwunde) günstig verlaufen können, wie dies in den Beobachtungen von Weljaminow, Lindner und Schede der Fall war. Wichtig ist für uns die zweifellose kritisch erwiesene Möglichkeit einer relativ raschen Blutstillung. Die glänzenden Beispiele von Nahtanlegung auf eine Wunde der Vena cava inferior gaben Schede und Zoege von Manteuffel[19]). Letzterer resezirte die karzinomatös affizirte Wunde dieser Vene, indem er sie oberhalb und unterhalb der affizirten Stelle mittelst Kocher'scher Klemmen komprimirte und dann mit der linken Hand die in der Vene entstandene 9 cm lange und 2,5 cm breite Oeffnung vernähte, in der rechten Hand die blutende Nierenvene der anderen Seite komprimirend. Nach Entfernung der Klemmen stellte sich die Blutzirkulation in der Vene, welche an der Stelle der Nahtapplikation bis zur Hälfte des früheren Durchmessers verengt war, wieder her.

Bei zufälligen Verletzungen der Vena cava inferior in Fällen wie derjenige sub 5 bleibt zur Blutstillung nur ein Mittel übrig, nämlich die Tamponade. Die Wirksamkeit dieser Methode ist durch die Beobachtung von Lindner erwiesen. Die Tamponade kann, besonders bei grossen Verletzungen, die Bildung eines Pfropfens im Lumen der Vene herbeiführen. Diese Thrombosirung erscheint im ersten Augenblick als für die regelmässige Blutzirkulation gefährlich, jedoch ergeben klinische Beobachtungen sowohl, wie auch Thierexperimente etwas Anderes. Man kann sogar einen Theil der Vena cava inferior ganz reseziren. Bottini**) hat bei der Entfernung einer von den transperitonealen Lymphdrüsen ausgehenden Geschwulst einen Theil der Vene, der auf den neben einander liegenden Hälften des zweiten und dritten Lendenwirbels lag,

*) Leider sind in dem mir zur Verfügung stehenden Protokoll der gerichtlich-medizinischen Obduktion weder Lage, noch Form der Wunde in der Vene ausführlich geschildert.

**) Cholzow erwähnt in seiner Arbeit (S. 90) einen Fall von penetrirender Verletzung der Bauchhöhle mit Verletzung des Magens, des Querkolons, der Vena cava inferior und der Vena renalis. Der Verletzte starb 2 Stunden nach der Verletzung.

*) Zitirt nach Lindner: Münch. med. Wochenschr., 1901, No. 48.

**) Ich zitire nach Purpura: Della legatura della vena vaca. La Riforma medica, 1899, Bd. II, S. 127. In der Arbeit selbst ist nicht angegeben, wo dieser in hohem Grade interessante Fall, von dem Purpura nur oberflächlich spricht, veröffentlicht ist.

resezirt. Der Kranke genas. Purpura, der mit Unterbindung der Vena cava inferior Versuche machte, bezieht sich auf die Beobachtungen von Wilson, Osler, Peltier, Quincke, Jaccoud,*) welche dafür den Beweis liefern, dass das Tier bei Obliteration der Vena cava am Leben bleiben kann. Nach Sappey ist der Umfang der kollateralen Bahnen ein derartiger, dass man die Vena cava inferior in ihrer ganzen Ausdehnung impermeabel machen kann, und trotzdem wird die in eine der Vv. iliacae externae eingespritzte Flüssigkeit in den rechten Ventrikel gelangen.

Purpura hat, um die Frage der Möglichkeit, die Vena cava inferior zu unterbinden, klarzustellen, drei Reihen von Experimenten ausgeführt. In der ersten Reihe unterband er die Vena cava inferior zwischen der Verbindungsstelle der beiden Vv. iliacae bis zur Mündungsstelle der Vena spermatica interna dextra. Von fünf Hunden, die in dieser Weise operirt worden waren, blieb nur einer am Leben. Nach acht Monaten wurde der am Leben gebliebene Hund getödtet, wobei bei demselben kollaterale venöse Bahnen gefunden wurden. Die übrigen Thiere gingen sieben Stunden nach der Operation zu Grunde, nachdem bei allen Schwellung der Venen unterhalb der Unterbindungsstelle, Cyanose und motorische Störungen an den hinteren Extremitäten bestanden haben. Bei der Unterbindung der Vena cava zwischen der Mündungsstelle der Vena spermatica und der Vena renalis trat Genesung bei 5 von 12 operirten Thieren ein. Die Unterbindung zwischen der Mündungsstelle der Nieren- und Nebennierenvenen vertrugen die Thiere relativ leicht. Von drei operirten Hunden blieb ein Hund am Leben. Die Versuche mit vorangehender Verengerung des Lumens ergaben, dass die nachfolgende Unterbindung der Venen sehr leicht ertragen wird. Indem er die venöse Bahn zwischen der Vena spermatica und der Vena renalis an am Leben gebliebenen Thieren verfolgt hatte, überzeugte sich Verf., dass die kollateralen Bahnen dank der Betheiligung der vorderen cerebrospinalen Venenplexus, der linken ovario-uterinen Vene, im ersteren Falle sogar der unteren Mesenterialvene und der Venen der vorderen Bauchwand entstehen. Bei der Unterbindung oberhalb der Nierenvene nahmen an der Bildung der kollateralen Bahnen die eigenen Gefässe der Vena cava, die Venen des Nierengewebes und der Nierenkapsel, die vorderen cerebrospinalen Venenplexus, die Venen der Bauchwand und die untere Mesenterialvene theil.

Diese Versuche liefern zwar keinen zweifellosen Beweis für die Ungefährlichkeit der Unterbindung der Vena cava inferior, sie geben aber das Recht (namentlich zusammen mit den Ergebnissen der klinischen Beobachtung) in geeigneten Fällen — dort, wo ein anderer Ausweg nicht vorhanden ist —, vor der Unterbindung der Vena cava inferior nicht zurückzuschrecken. Eine zufällige Verletzung der Vena cava inferior bei Stich-Schnittwunden ist äusserst selten, bei Schusswunden kann jedoch eine dringende und unaufschiebbare Nothwendigkeit, das Gefäss ganz zu unterbinden, hervortreten.

*) Uebrigens werden 3 in dieser Beziehung interessante Fälle in der Arbeit von Cholzow (S. 92) mitgetheilt. Im ersten Falle war vollständige Obliteration eines Drittels der Vena cava und der Anfangsstelle der Vv. iliacae communes vorhanden, im zweiten Obliteration der Vena cava inferior dicht am Vorhof, sowie gewisser Theile der Vena portae und der Vv. hepaticae; im dritten Falle bestand Impermeabilität der Vena cava inferior (unterhalb der Mündungsstelle der Vv. hepaticae), eines Theiles der Vena renalis, der Vena spermatica, der Vv. iliacae communes und externae. Alle diese Beispiele, sagt Cholzow, zeigen, inwiefern die kollaterale venöse Blutzirkulation vollkommen sein kann und wie dieselbe für jeden einzelnen Fall mehr oder weniger charakteristisch ist.

Allerdings fand ich in der Literatur solche Fälle nicht, man muss aber auf Grund theoretischer Erwägungen deren Möglichkeit anerkennen.

Zufällige Verletzungen der grossen Aeste der Vena cava inferior sind gleichfalls sehr selten und geben noch seltener Anlass zur chirurgischen Intervention, die bisweilen von einem glänzenden Erfolg begleitet sein kann.

So hat Robson[20]) einen Patienten mit einer mittelst Feile beigebrachter penetrirender Wunde des Abdomens an der Mittellinie, etwas oberhalb des Nabels beobachtet. Bei der sofort mit Rücksicht auf die bestehenden Erscheinungen von innerer Blutung ausgeführten Operation fand man in der Bauchhöhle eine ungeheure Quantität dunklen Blutes und Gerinnsel. Die Quelle der Blutung war eine Wunde in der oberen Mesenterialvene, welche sofort unterbunden wurde. Genesung ohne jegliche Komplikationen.

Robson erklärt die isolirte Verletzung der Vene dadurch, dass das stumpfe Ende der Feile die ihr in den Weg gekommenen Eingeweide bei Seite geschoben hat, ohne sie zu verletzen.

Schultes*) beschrieb einen Fall von Nahtanlegung auf die verletzte Vena portae, wobei es gelungen ist, nicht nur die Blutung zu stillen, sondern auch das Lumen des Gefässes zu erhalten.

Ueber die Prognose bei Verletzungen der Vena cava inferior und der Vena portarum**) mit ihren Verzweigungen zu sprechen, ist verfrüht, da die Anzahl der klinischen Beobachtungen noch eine sehr beschränkte ist.

Es ist zweifellos, dass die Verletzung der einen sowohl, wie der anderen Vene zu den sehr schweren Komplikationen gehören, die ohne operative Hilfe fast unrettbar zum Tode führen. Der gegenwärtige Stand der chirurgischen Technik, die sich dank der aseptischen und antiseptischen Behandlungsmethoden immer mehr und mehr vervollkommnet, giebt das Recht, auch diese Verletzungen in den Rahmen der zulässigen chirurgischen Intervention zu bringen. (Schluss folgt.)

Referate.

Allgemeines.

Beitrag zur Technik der Untersuchung von Blut und Samenflecken in gerichtlich-medizinischen Fällen.

Von Dr. Grigorjew.
(Russki Wratsch 1902, No. 5.)

Behufs mikroskopischer Feststellung von rothen Blutkörperchen schlägt G. vor, die von den blutigen Theilen ausgeschnittenen Gewebsstückchen, sowie die von denselben abgekratzten Substanzpartikelchen 16—24 Stunden lang mit folgendem Reagens zu bearbeiten: 12 Theile Aetzkali, 40 Theile Seignett'sches Salz und 100 Theile Wasser. Dasselbe Verfahren kann auch dazu verwendet werden, um das Hämochromogenspektrum mit konsekutiver Bearbeitung mittelst $33\frac{1}{3}$ prozentiger Aetzkalilösung $\frac{1}{2}$—1 Stunde lang und mittelst 1—2 Tropfen Schwefelammonium $\frac{1}{2}$—1 Minute lang zu erhalten.

*) Ich zitire nach Fraenkel (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 30), der jedoch nicht sagt, ob hier die Vene bei der Operation oder in Folge der penetrirenden Wunde der Bauchhöhle verletzt wurde.

**) Nach der statistischen Zusammenstellung des Nordamerikanischen Krieges, welche Cholzow mittheilt, kommen auf 7 Fälle von Verletzung der Vena cava inferior 7 Todesfälle, und zwar 5 an Blutung, 1 an Peritonitis und 1 an Leberabscess.

Um Samenfäden in Samenflecken festzustellen, empfiehlt G., die aus den Flecken ausgeschnittenen Gewebsstückchen mehrere Stunden lang mittelst unverdünnter Schwefelsäure zu bearbeiten. In Folge der unter der Einwirkung der Säure eintretenden Zerstörung der organischen Substanzen treten häufig auf den Präparaten sehr deutlich Samenfäden in grösseren Quantitäten mit allen ihren charakteristischen Eigenthümlichkeiten auf. Lb.

Widernatürliche Unzucht, begangen von einem Manne mit einer Henne.

Von Med.-Rath Dr. Krauss-Kirchheim a. T.

(Corr.-Bl. Württ. Aerzte. 1902. No. 34.)

Ein 45jähriger Mann, der bereits wegen Sittlichkeitsvergehens vorbestraft war, wurde von seiner Hauswirthin bezichtigt, eine Henne in sein Zimmer genommen und dort, wahrscheinlich in unzüchtiger Weise, gequält zu haben.

Thatsächlich fanden sich im Bett des Angeschuldigten, an seinen Hosen und auf dem Boden erstens weisse Hühnerfederchen und Blutflecke, die mit dem Mikroskop ovale Vogel-Blutkörperchen aufwiesen. Besonders interessant ist aber, dass in Smegmaresten aus der Eichelrinne des Mannes, trotzdem er sich vorher das Glied gewaschen hatte, mikroskopisch Fasern von Vogelfedern nachzuweisen waren.

Ein Fall von Kindesmord.

Von Dr. Jos. R. v. Josch, Landgerichtsarzt in Klagenfurt.

(Arch. f. Krim.-Anthr. Bd. 9, H. 4.)

Ein Mädchen, das schon zweimal unehelich geboren hatte und wegen Diebstahls vorbestraft war, hatte auf dem Wege zur Gebäranstalt im Eisenbahnabort entbunden. Das Kind wurde mit abgerissener Nabelschnur zwischen den Schienen gefunden. Die Mutter traf in der Gebäranstalt, die Nachgeburt noch in der Scheide, ein und machte über den Verbleib des Kindes unwahre Angaben.

Die Obduktion ergab als Hauptbefund eine Zertrümmerung des rechten Scheitelbeins und der Hinterhauptschuppe, daneben einige Blutunterlaufungen an anderen Theilen. Der Kopf hatte folgende Masse: Grader Durchmesser 9, schräger 11, vorderer querer 7, hinterer querer 8 cm.

Da die Mutter nachträglich behauptete, dass das Kind durch das Abortrohr hinausgeschossen und dabei die Nabelschnur abgerissen sei, so wurden mit Holzklötzern und Phantompuppen diesbezügliche Versuche an dem Eisenbahnkloset gemacht. Dasselbe war unten mit einer Hebel-Sperrvorrichtung geschlossen. Die Phantompuppe mit gleichen Kopfmassen wie das betr. Kind vermochte weder im Fallen die Sperrklappe zu öffnen, noch bei geöffneter Sperrklappe durch das eigene Gewicht herauszugelangen, da selbst bei grösstmöglicher Oeffnung zwischen der Sperrklappe und der Wagenachse nur eine Oeffnung von 7 cm Breite entstand.

Demgemäss musste das Kind gewaltsam und unter Verletzung des Schädels durch die Oeffnung gepresst worden sein.

Die Mutter wurde wegen Kindesmords bestraft. Sie hat nicht gestanden, und eine psychologische Erklärung ihrer That wird nicht versucht.

Kindesmord oder Sturzgeburt?

Von San.-Rath Dr. Kob-Stolp.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1902. No. 3.)

Fall 1. Das im strengen Winter todt aufgefundene Kind hatte alle Zeichen der Reife und des Lebend-Geborenseins. Das rechte Scheitelbein zeigte zwei Sprünge mit Blutaustretung, aber ohne Ablösung oder Zerreissung der harten Hirnhaut.

Die Mutter gestand, auf einem Eimer sehr rasch entbunden zu haben, behauptete aber, das Kind für todt gehalten und deshalb ausgesetzt zu haben.

Der Gutachter erklärte die Schädelverletzung für nicht tödtlich. Ursache des Todes sei die Aussetzung gewesen.

Fall 2. Die Geburt war auf dem Abort erfolgt. Dort fand man die Entbundene mit herunter gelassenen Röcken auf der Brille sitzend, das Kind todt in der Grube. Die dritt-entbundene Mutter behauptete, beim Stuhlgang sei das Kind ihr unversehens aus dem Leibe gefallen. Sie sei darauf aufgestanden, habe sich aber wegen Ohnmachtsgefühl, diesmal mit herabhängenden Röcken, wieder setzen müssen.

Es fand sich auf der Diele vor dem Sitzbrett reines Blut, kein Fruchtwasser, am Rande der Brille wenig, in der Grube gar kein Blut. Die Lungen waren lufthaltig und schwimmfähig. Die Luftröhren enthielten einen — leider nicht mikroskopisch untersuchten — schmutzigen, nicht übelriechenden Schaum, die Halsadern waren prall gefüllt, die inneren Organe stark bluthaltig. Die Nabelschnurenden waren theilweise ausgefranzt, blutunterlaufen. Spuren von Erdrosselung etc. fehlten.

Das Gutachten ging dahin: Das Kind ist an Erstickung gestorben. Die Erstickung ist jedoch nicht willkürlich von der Mutter herbeigeführt worden, es hat vielmehr eine Sturzgeburt stattgefunden, und das Kind ist in der Dunggrube erstickt.

Beitrag zur Würdigung der forensischen Leberzuckeruntersuchung.

Von Dr. L. Strohe-Berlin.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 1902, Heft 3.)

Lacassagne und Martin behaupten, dass der Gehalt der Leber an Zucker ein sicheres Kennzeichen plötzlichen Todes sei. Ist kein Zucker vorhanden, so muss angeblich eine Krankheit, wenn auch bei Kindern vielleicht nur eine kurze, vorangegangen sein.

Diese Lehre ist bereits von Modica klar widerlegt worden. Fehlerhaft war schon, dass L. und M. den Glykogengehalt der Leber vernachlässigten. Grobe Fehlerquellen wären schon dadurch gegeben gewesen, dass beispielsweise ein nach längerem Hungern Ermordeter keinen Leberzucker aufgewiesen hätte, ein nach langer Krankheit Gestorbener dagegen Leberzucker haben kann, wenn er am letzten Tage zuckerhaltige Medizin genommen hat. Ausserdem aber stimmen die Behauptungen der beiden französischen Autoren überhaupt für Erwachsene nicht.

Für Säuglinge hatte Modica die Möglichkeit zugegeben, dass die genannte Lehre zutreffen könne. Strohe hat eine Reihe von Untersuchungen über diese Frage gemacht und kommt zu dem Ergebniss, dass auch bei Säuglingen der Leberzucker keinen Schluss auf die Todesart zulässt. Recht bemerkenswerth ist, dass bei kalter Aussentemperatur, wahrscheinlich in Folge Abkürzung der sonst nach dem Tode noch ziemlich lange fortdauernden Leberzellenthätigkeit, Leberzucker bezw. Leberglykogen sich besonders häufig findet.

Innere Medizin.

Lungenerkrankung nach Kontusion der Brust.

Von Dr. R. Landau-Nürnberg.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 16/17).

Ein Arbeiter, der 1900 einen akuten Luftröhrenkatarrh durchgemacht hat, in der Zwischenzeit aber dem Arzte nicht den Eindruck eines Lungenkranken gemacht, schwer gearbeitet hat und von dem Vertrauensarzt einer Fabrikkasse gesund befunden worden ist, erhält einen heftigen Schlag vor die linke Brustseite.

Er begiebt sich sofort zum Arzt, dieser findet eine Schmerzhaftigkeit der betroffenen Stelle, sonst nichts. Nach

3 Tagen soll der Mann Blut gehustet haben, das der Arzt am nächsten Tage nicht mehr sieht. Dagegen besteht jetzt allgemeine Luftröhrenentzündung. In kurzer Zeit bildet sich ein Zustand, der ganz das Gepräge einer Tuberkulose trägt, aber ohne Nachweis von Tuberkelbazillen. Auch Bluthusten besteht noch einmal kurze Zeit. An der ehemals verletzten Stelle ist ein spärliches feinblasiges Rasseln zu hören, sonst nichts.

Im Rentenverfahren wird dem Manne schliesslich Unfallrente bewilligt.

Die Krankheit verschlimmert sich rasch, die Herzkraft hält nicht lange vor. Der Bazillennachweis misslingt stets, andererseits hat der Auswurf auch nicht die Kennzeichen eines jauchigen oder brandigen Prozesses.

Nachdem der Tod eingetreten ist, ergiebt die Leichenöffnung als Hauptursache lediglich hochgradige Lungenbläschen-Erweiterung. An der verletzt gewesenen Stelle ist das Lungengewebe selbst unverändert, das Rippenfell dagegen zeigt hier eine geschichtete, abziehbare Auflagerung.

L. fasst den Fall so auf, dass das bis dahin unschädliche Emphysem durch die Verletzung indirekt verschlimmert worden sei. Die Verletzung habe zu einer Luftröhren- und Rippenfellentzündung, diese zu einer Verschlimmerung des Grundleidens geführt.

Das Heufieber und andere Formen des nervösen Schnupfens.

(Klin. Vorträge aus dem Gebiet der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Haug. Bd. V. Heft 6. Jena 1902.)

Der Autor kommt zuerst auf die vielen Bezeichnungen zu sprechen, die für die abnorm vermehrte Nasenschleimhautsekretion existiren. Nach einem geschichtlichen Ueberblick giebt er eine Definition des in Frage stehenden Krankheitsbegriffes und plaidirt für die Bezeichnung: coryza nervosa, die er in eine periodische und nichtperiodische eintheilt. Die Symptome und die pathologische Anatomie werden dargelegt und auf Grund der letzteren glaubt Verfasser, was er auch an einem Experiment illustrirt, dass das Sekret aus dem mittleren Nasengang komme und zwar aus dem ostium des sinus maxillaris. Aetiologisch wird die Theorie der gichtischen Diathese — durch die Franzosen und Engländer aufgestellt — verworfen und die Neurasthenie als grundlegendes Moment erachtet.

Therapeutisch wird an die verschiedenen Methoden erinnert; mit Recht wird vor überflüssiger Galvanokaustik gewarnt; ebenso vor den unangenehmen Folgen bei Lermoyer's Atropin-Strychnin-Behandlung. Verfasser empfiehlt auf Grund theoretischer Erwägungen und praktischen Erfolges Aristol; 14 angeführte Fälle wurden sämmtlich damit geheilt. Die Insufflation durch das Ostium dürfte aber nicht immer gelingen; ebenso wie es nicht möglich ist, auf diesem Wege die ganze Schleimhautfläche der Kieferhöhle zu treffen. Es kämen also eventuell die verschiedenen Wege zum Sinus in Betracht.

Weiss.

Ueber den Einfluss des Alkoholismus auf den Verlauf der Hautkrankheiten.

Von Hofrath Professor Dr. Neumann.

(Das Oesterreichische Sanitätswesen. 1902, No. 31.)

Die Beziehungen des Alkoholismus zur Haut und ihren Erkrankungen sind ausserordentlich mannigfache, und zwar einmal indirekte, darin bestehend, dass der Alkoholiker sich sehr viel häufiger Fährlichkeiten aller Art aussetzt, als der Nichtalkoholiker, darunter auch solchen, die, wie namentlich klimatische Einflüsse, die Entstehung von Hautkrankheiten begünstigen, sodann darin, dass der Alkoholismus Exzesse in venere und hiedurch die Acquisition venerischer Erkrankungen und der Syphilis begünstigt. Dazu kommt der direkte Einfluss, den der Alkoholismus auf die verschiedenen Krankheitsprozesse selbst, sowohl in Bezug auf die Intensität wie Extensität ausübt.

Wenn auch Gonorrhoe und ulcus molle unter der Einwirkung des Alkoholismus in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden, am mächtigsten und verderblichsten ist der Einfluss auf die Syphilis. Dieser Einfluss ist in nicht wenigen Fällen schon am syphilitischen Primäraffekt zu konstatiren, worauf zuerst Tarnowsky hinwies, darin bestehend, dass die primäre Sklerose von Anfang an rasche Ulceration zeigt, also wie ein venerisches Geschwür verläuft, und auch weiterhin die typischen Eigenthümlichkeiten vermissen lässt, durch welche sich die primäre syphilitische Induration auszeichnet. Weiterhin sind bezeichnend rasch auftretende Rezidive, schwere Formen der Frühlues, schwer eitrig-ulceröse und gummöse Formen der Spätlues, häufige Erkrankungen der Zentralorgane des Nervensystems bei relativ kurzem Bestehen der Syphilis. Auch Affektionen im Bereich der sensiblen Nerven, des Trigeminus, der Arm , Hüft- und Beinnerven, der Sehnen und Sehnenscheiden u. a. gehören zu den markanten Eigenthümlichkeiten der Syphilis der Trinker.

Der Verlauf der Syphilis der Trinker ist ein rapider, sowohl was die Dauer der einzelnen häufig vielgestaltigen Ausbrüche wie ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge betrifft.

Auch auf andere Hautkrankheiten übt der Alkoholismus eine schädliche Wirkung aus, und es giebt kaum eine, die in ihrem Verlauf durch den Alkoholismus nicht ungünstig beeinflusst würde. Vor Allem sind es die akuten Exantheme, die bei Trinkern leicht einen hämorrhagischen Charakter annehmen; das Gleiche gilt von der Psoriasis. Endlich begünstigt der Alkoholismus das Auftreten toxischer Erytheme, von Gangrän und sonstigen Ernährungsstörungen, wie er andererseits alle mit ulcerösen Vorgängen verbundenen Hautkrankheiten ungünstig beeinflusst.

Roth-Potsdam.

Vergiftungen.

Ueber Rauchvergiftungen.

Von Dr. A. Laqueur, Ass. d. hydrother. Anst. d. Univ. Berlin.

(Sep.-Abdr. aus der Leyden-Festschrift, Band II.)

Bei Feuerwehrleuten kommen häufig chronische Krankheitsbilder vor, die sich nach längerer Einathmung grösserer Rauchmengen bei Bränden entwickeln. Die Störungen setzen unter dem Bilde einer leichten Kohlenoxydvergiftung ein, d. h. mit Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen. Später treten am meisten Kopfschmerz und Schwindelgefühl, objektiv Pulsbeschleunigung und Romberg'sches Schwanken in den Vordergrund. Eine besonders charakteristische, allen Kranken gemeinsame Klage ist die über starke Empfindlichkeit gegen jedes stärkere Geräuch. In den schweren Fällen sind die Reflexe gesteigert, bisweilen ist das Gesichtsfeld eingeengt.

So sehr das Krankheitsbild der Unfallnervenschwäche ähnelt, möchte Verfasser diese Deutung doch nicht annehmen. Einmal handelt es sich um vorher durchaus vollwerthige Personen, andrerseits muss man bei diesen durch ihren Beruf an ähnliche Situationen gewöhnten Leuten das Fehlen eines seelischen Shoks annehmen, und endlich kommen Entschädigungsklagen u. dgl. gar nicht in Frage.

Aus der Literatur weist Verfasser einige Fälle von hysterischen Lähmungen und Krämpfen nach Kohlenoxydvergiftung nach, die aber dem ganzen Bilde nach von seinen Fällen wesentlich abweichen. Der am meisten analoge Fall aus der

neueren Literatur ist der von A. Leppmann in dieser Zeitschrift 1901 No. 17 mitgetheilte von Nervenschwäche nach wiederholter Leuchtgaseinathmung, völlig übereinstimmend mit dem von Laqueur beschriebenen Krankheitsbilde ist aber nur die Darstellung einer Kohlenoxydvergiftung in einer alten Friedberg'schen Monographie.

Es scheint sich nach Alledem bei den chronischen Rauchvergiftungen um eine besonders geartete funktionelle Neurose zu handeln.

Die Arbeitsunfähigkeit dauert selbst in leichten Fällen Monate lang. Bei hoher Pulszahl und starkem Romberg'schen Schwanken bleibt die Wiederherstellung der völligen Arbeitsfähigkeit zweifelhaft.

Zu Heilzwecken empfiehlt sich ein ruhiger Landaufenthalt mit milden hydrotherapeutischen Massregeln, gegen die Kopfschmerzen besonders Ableitung auf die Beine durch fliessende Fussbäder, Kniegüsse u. dgl.

Zur Pathologie der chronischen Blei-Intoxikation.

Von Prof. Seeligmüller-Halle.
(D. med. W. 1902, No. 18.)

Die Bleivergiftung ist in dem Hallenser Ambulatorium für Nervenkranke gegen früher erheblich seltener geworden, wahrscheinlich in Folge der besseren Befolgung hygienischer Massregeln. Die Maler erkranken weniger häufig, weil die Bleifarben gebrauchsfertig bezogen, nicht erst angerieben werden, aus den grossen Töpfereien bei Bitterfeld kommen fast gar keine Bleikranken mehr.

Einige seltenere Bleivergiftungen nicht gewerblicher Art sind folgende: Ein Musterzeichner aus Russisch-Polen litt seit zwei Jahren an Bleilähmung, bisher unerkannt. Nachdem er aufgehört hatte, den in bleihaltige Folie eingewickelten, selbst bleihaltigen russischen Tabak zu schnupfen, war bald eine wesentliche Besserung erzielbar.

Ein älterer Herr erkrankte an Polyneuritis mit typischer Bleilähmung nach täglichem Genuss von Bouillon aus einem „Karlsbader Bouillontopf", der aus Zinkbleilegirung bestand.

Bei einer Dame, die bleiweisshaltige Schminke benutzte, entstand chronische Dyspepsie, die nach Aussetzen des Schminkens zurückging.

Ein mit Bleizucker in unvorsichtiger Weise arbeitender Chemiker bekam eine leichte Bleilähmung. Bleisaum war vorhanden.

Unter den gewerblichen Erkrankungen, die Verf. mittheilt, ist eine fast als akute Vergiftung zu bezeichnen: Ein Arbeiter, der sonst nie mit Blei zu thun gehabt hat, lädt einen Tag lang grosse Bleiplatten ab und nimmt sein Essen dann mit ungewaschenen Händen ein. Tags darauf erkrankt er an Bleikolik.

Die Mansfelder Gewerkschaft liefert eine ganze Anzahl Bleikranke. Schon das Einathmen von Hüttenrauch und Bleistaub scheint die Vergiftung zu bewirken. Eine seltene Art ist die Vergiftung beim Löthen der Bleikammern, welche Schwefelsäure aufzunehmen bestimmt sind.

Im zweiten Theil des Aufsatzes bespricht S. die Encephalopathia saturnina. Bei einem seiner Vergifteten traten Nachts Zustände von grosser Aufregung und Unruhe mit Delirien und Ohnmachten vor. Bei dem andern kam es zu epileptischen Anfällen mit lange anhaltender Bewusstseinstrübung, nachher zu starrem Gesichtsausdruck, Schwäche der mimischen Muskulatur und Sprachstörungen. All dies ging aber später völlig zurück. Bei diesem Kranken käme differentielldiagnostisch Gehirnsyphilis in Frage, die Verf. jedoch nach dem Verlauf des Leidens ausschliesst.

Hygiene.

Die Reinigung städtischer Abwässer mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse mittlerer und kleiner Städte.

Von Prof. Dr. Dunbar.
(Nach einem auf dem VI. Städtetag des Schleswig-Holsteinischen Städte-Vereins in Oldesloe gehaltenen Vortrage.)
(Zeitschr. f. Polizei- und Verwaltungsbeamte 1902. (Heft 1—3.)

Nachdem Vortragender in der Einleitung auf den günstigen Einfluss der Städteassanirung auf die Sterblichkeitsziffer an der Hand mehrerer Beispiele wie London, München, Hamburg hingewiesen hat, geht er nach einem kurzen Rückblick auf die frühere Zeit, in der man in ästhetischer Beziehung nicht gerade anspruchsvoll war, mit einigen Worten auf die Vortheile der Schwemmkanalisation und die Nachtheile einer getrennten Abfuhr der Fäkalien ein und wendet sich dann zu den verschiedenen Methoden der Abwässerreinigung. Er betont ausdrücklich, dass immer von Fall zu Fall entschieden werden muss, welches Verfahren man wählen soll, wobei stets der gewünschte Grad der Reinigung zu berücksichtigen ist. Man muss die Abwässerreinigung und die Abwässerdesinfektion sreng aus einander halten. Die erste hat die Ausscheidung der ungelösten und gelösten Bestandtheile, besonders der fäulnissfähigen, die letzte die Befreiung von entwicklungsfähigen Krankheitserregern zum Zweck. Beide Methoden neben einander auszuführen, ist zu kostspielig und daher nur für Ausnahmefälle zu verlangen; es empfiehlt sich die Desinfektion der Abwässer nach ihrer Reinigung als ein billigeres Verfahren.

Die grösseren Schwimmstoffe werden durch Rechen- oder Gittervorrichtungen abgefangen, doch ist die Menge derselben gering (bei einer Stadt von 100 000 Einwohnern höchstens einige Kubikmeter pro Tag); zur Befreiung der Abwässer von den feinsten Sink-, Schwebe- und Schwimmstoffen dienen Klärbrunnen oder Klärbecken (Sedimentirungsverfahren). In den Brunnen lässt man das Wasser in verlangsamtem Strome entweder auf- oder absteigen, in den Becken bewegt es sich in horizontaler Richtung. Von grossem Einfluss auf die Sedimentirung ist neben der Verlangsamung der Strombewegung, die übrigens nicht übermässig weit getrieben zu werden braucht, die Länge des Klärbeckens. Die Klärbecken und -Brunnen müssen zeitweilig zur Verhinderung der Fäulniss vom Schlamm befreit werden, doch ist die Beseitigung der etwa 90 % Wasser enthaltenden Schlammmassen schwierig und befinden sich auch die Versuche, welche sich mit der Verwerthung des Schlammes beschäftigen, noch in den ersten Stadien.

Bei ungünstigen Vorfluthverhältnissen reichen die bisher beschriebenen Methoden nicht aus und man muss zu durchgreifenderen Abwässerreinigungs-Verfahren seine Zuflucht nehmen.

Das wirksamste und zugleich älteste derselben ist die Berieselung, welche die Berührung der Abwässer mit dem Erdboden in möglichst dünner Schicht zum Prinzip hat und in einzelnen Fällen mit der Drainage des Bodens verbunden ist. Das Berieselungsverfahren ist hauptsächlich für kleinere Städte von Vortheil, da in deren Nähe sich geeignete Flächen befinden, auf welche die Schmutzwasser ohne grosse Kosten geschafft werden können. Bei grösseren Städten dagegen stellen sich die verfügbaren Gelände sehr kostspielig; doch wird man auch da dem Rieselverfahren den Vorzug geben, wenn es sich mit geringeren Kosten als andere gleich durchgreifende Methoden durchführen lässt. Allerdings darf man in solchen Fällen nicht etwa erhebliche Ueberschüsse erwarten.

Was die chemisch-mechanischen Fällungsmethoden anbetrifft, so haben dieselben die daran geknüpften Erwartungen nicht erfüllt. Wenn auch ein klares, farbloses Produkt dabei erzielt wird, scheidet sich doch ein grosser Theil der im Ueberschuss gelösten Chemikalien im Flusse aus und führt zu einer Verschlammung des Flussbettes; ferner bleibt der Gehalt der geklärten Schmutzwässer an gelösten, fäulnissfähigen Substanzen fast eben so hoch wie vorher und giebt zu nachträglichen Zersetzungen im Flussbett Anlass. Immerhin darf man das chemisch-mechanische Verfahren nicht als absolut unbrauchbar erklären.

Das Degener'sche Kohlebreiverfahren hat den unbestreitbaren Vorzug, dass die Schlammmassen sich gut entwässern, in Brikettform bringen und nach erfolgter Trocknung verbrennen lassen, so dass die „Schlammkalamität" ausgeschlossen ist. Sein Nachtheil besteht in der Kostspieligkeit, so dass man doch wieder nach neuen Methoden ausschauen musste, die neben den Vorzügen der Berieselung und des Kohlebreiverfahrens noch den der Billigkeit haben.

In erster Linie ist hier die intermittirende Filtration zu nennen, die sich an das Rieselverfahren anlehnt, mit dem Unterschiede, dass sie auf das Wachsthum höherer Kulturpflanzen verzichtet und daher weniger Gelände beansprucht. Für die meisten Fälle geeignet sind aber die künstlichen biologischen Verfahren, das Oxydations- und das Faulkammerverfahren, bei denen man sich von dem vorhandenen gewachsenen Boden unabhängig macht, indem man intermittirende Filter oder Oxydationskörper herstellt. Das Material derselben muss porös sein, ferner widerstandsfähig gegen Verwitterungsvorgänge und gegen die lösende Wirkung des Abwassers; auch ist ein grösserer Gehalt an Eisen von Vortheil. Als bestes und billigstes Material hat sich bisher Steinkohlenschlacke von 3—7 mm Korngrösse bewährt, dann folgen Ziegelsteinbrocken, endlich Koke, die aber zu theuer ist. Kies ist quantitativ wenig leistungsfähig. Die volle Wirkungshöhe des Oxydationskörpers tritt erst nach mehrwöchentlicher Betriebsdauer ein; die Reinigung derselben von dem humösen Schlamm ist erst nach einem Jahre oder später nothwendig, der Schlamm lässt sich leicht trocknen. Der Hauptvorzug des Oxydationsverfahrens besteht darin, dass für den gleichen Reinheitsgrad der Abwässer ein hundert Mal so kleines Terrain nothwendig ist, als bei der Berieselung, und dass es an jedem Ort durchgeführt werden kann, da das Material sich leicht beschaffen lässt. Wenn auch die Kosten sich höher stellen, als man anfangs glaubte, wird es doch im Laufe der Zeit billiger.

Bei dem Faulverfahren werden die Abwässer zunächst in überwölbte, neuerdings auch in offene Gruben oder Becken geleitet, darin der stinkenden Fäulniss ausgesetzt und erst dann zwecks Reinigung in intermittirende Filter geleitet. Die ursprüngliche Ansicht, dass jeder Reinigung im Oxydationskörper erst das Faulverfahren vorangehen müsste, besteht nicht mehr zu Recht. Vortragender ist der Ansicht, dass sich für Städte mehr das Oxydationsverfahren empfehlen wird als das Faulverfahren. Er giebt am Schlusse seines Vortrages der Ueberzeugung Ausdruck, dass die jetzt bestehenden Reinigungsmethoden es ermöglichen, den seitens der Aufsichtsbehörden an die Reinigung der städtischen Abwässer zu stellenden Anforderungen in jedem Falle und unter allen Umständen zu genügen.

Firgau.

Versuche mit Nachbehandlung der Frankfurter Abwässer in Oxydationsfiltern.

Von Freund und Uhlfelder.

(Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 34, S. 294 ff.)

Die Frankfurter Klärbeckenanlage, die seit dem Jahre 1887 im Betriebe ist, dient der Reinigung sämmtlicher städtischer Abwässer mit Einschluss der menschlichen Abgänge und der gewerblichen Abwässer. Nachdem durch den Sandfang und die Rechen die gröbsten Sink- und Schwimmstoffe ausgeschieden worden sind, erfolgt die eigentliche Klärung der mit Chemikalien (Thonerdesulfat und Kalk) versetzten Abwässer in vier Becken mit je 5,55 m mittlerer Breite, 2,53 m mittlerer Tiefe und 82,4 m Länge.

Die Eingemeindung des Vororts Bockenheim und die Ausdehnung des Stadtgebiets liessen, der Bevölkerungszunahme der letzten Jahre entsprechend, eine Vergrösserung der Kläranlage nothwendig erscheinen. Die bedeutenden Kosten einer derartigen Erweiterung gaben zu der Erwägung Anlass, ob nicht andere Methoden zur Reinigung von Abwässern, in Verbindung mit der bestehenden Kläranlage, ohne Aufwendung so erheblicher Ausgaben zum Ziele führten. Zu diesem Zweck wurde unter Zustimmung der Aufsichtsbehörde eine Versuchsfilteranlage eingerichtet.

Die Ergebnisse dieser Versuche, über die die Verfasser in der vorliegenden Arbeit berichten, lassen sich dahin zusammenfassen, dass der durch das Oxydationsverfahren erzielte Reinigungseffekt nach den vorliegenden Analysen lange nicht so gross war, als man nach den Angaben, welche von andrer Seite über das biologische Verfahren gemacht worden sind, voraussetzen konnte. Dabei betrugen die jährlichen Kosten nicht unter 6 Mark für 1 Tageskubikmeter Abwasser, ungerechnet die Kosten der Vorreinigung in den Klärbecken. Die Verf. kommen daher zu dem Schluss, dass das Oxydationsverfahren für Frankfurt a. M. nicht empfohlen werden kann, zumal sich aus der Einleitung der mechanisch geklärten Abwässer in den Main nach den bisherigen Erfahrungen sanitäre Missstände nicht entwickelt haben.

Roth-Potsdam.

Ein Beitrag zur Desinfektion von Thierhaaren mittels Wasserdampfes.

Von Prof. Proskauer und Dr. Conradi.

(Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankh. Bd. 40, H. 1.)

Die am 28. Januar 1899 erlassene Vorschrift des Bundesraths verlangt für die Desinfektion von Thierhaaren die $^1/_2$ stündige Einwirkung strömenden Dampfes von 0,15 Atmosphären Ueberdruck. Eine städtische Desinfektionsanstalt hatte in Abweichung von dieser Vorschrift überhitzten Wasserdampf 45 Minuten lang auf die Haare einwirken lassen. Hiergegen wandte das Kaiserliche Gesundheitsamt ein, dass überhitzter Dampf auch bei längerer Einwirkung nicht mehr sicher desinfizire — so paradox das auf den ersten Blick klingen mag —, weil nämlich der überhitzte Dampf nicht mehr gesättigt sei und ihm daher die zur Keimtödtung erforderliche Feuchtigkeit fehle.

Nachuntersuchungen mit zwei Apparaten der betreffenden Anstalt erwiesen zunächst, dass Milzbrandsporen, mochten sie nun mit Seidenfäden auf die Waarenballen gebracht sein oder den Haaren an ihrer Oberfläche anhaften oder in der Tiefe der Ballen stecken, bei der in den Apparaten erzielten Temperatur (120—122° C. an der Oberfläche, 103—106, 5° in der Tiefe der Ballen) sicher abgetödtet wurden. In einem dritten Apparat gelang es jedoch bei keiner Versuchsanordnung, die der Oberfläche der Ballen anhaftenden oder auch nur die im Innern befindlichen Milzbrandsporen bei Temperaturen von 105 bis 136° C. abzutödten. Dabei waren die Ballen unmittelbar nach der Entfernung aus dem Apparat jedesmal deutlich, wenn auch in geringem Masse, feucht anzufühlen.

Es ist also zutreffend, dass überhitzter Dampf die Keimfreimachung von Thierhaaren nicht mit Sicherheit bewirkt.

Ueber die sanitäre Bedeutung des Lumpenhandels im Kreise Tiraspol.

Von Dr. Krawtschenko.

(Aerztliche Chronik des Gouvernements Cherson. Wratsch 1901, No. 41).

Wenn auch Verf., wie aus der Ueberschrift ersichtlich, die lokalen Verhältnisse des Kreises Tiraspol im Auge hat, so gelten doch seine Ausführungen voll und ganz nicht nur für jeden Flecken Russlands, sondern nicht zum geringen Theil auch für Deutschland. Der Lumpenhandel spielt sich gewöhnlich folgendermassen ab: Der Lumpenhändler fährt von einem Dorfe zum anderen, zieht langsam, in einem Dorfe angelangt, durch die Strassen und kündet seine Anwesenheit durch ein besonderes Zeichen an. Die Kinder des Dorfes suchen, sobald sie dieses Zeichen vernommen haben, ihre Höfe ab, wühlen die Dung- und Schutthaufen auf, aus denen sie direkt mit den Händen allerlei Lappen und Lumpen herausholen und dem Lumpensammler in den Wagen werfen. Der vollgeladene Wagen des Lumpensammlers ist niemals zugedeckt, und so verschleppt der Lumpensammler von Dorf zu Dorf eventuell Infektionsstoffe.

Aus diesem Grunde empfiehlt Verf., folgende Vorschriften auf dem Wege der Gesetzgebung einzuführen:

1. Den Lumpensammlern muss verboten werden, sich der Hilfe der Kinder beim Suchen der Lumpen zu bedienen.
2. Das Durchsuchen bezw. Aufwühlen der Dung- und Schutthaufen dürfte nur an den Abladestätten ausserhalb der Dörfer bezw. der Wohnorte gestattet sein.
3. Die Wagen der Lumpensammler müssen durch Kästen ersetzt werden, die dicht verschlossen werden können.
4. Lumpenlager sind nur ausserhalb der Niederlassungen zu errichten. Der Lumpensammler ist einer steten sanitären Kontrole zu unterziehen. Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Wiener med. Woch.)

Sitzung vom 18. Oktober 1901.

Herr Prof. Dr. **K. A. Herzfeld:** Ruptur des Uterus während der Schwangerschaft.

Eine Frau, der nach ihrer vorletzten Entbindung die Gebärmutter wegen Blutungen ausgelöffelt worden war, befand sich im siebenten Schwangerschaftsmonat, als beim Teppichklopfen plötzlich heftige Schmerzen im Leibe und gleich darauf Darmblähung und Erbrechen eintraten. Wie sich herausstellte, war die Gebärmutter vorn eingerissen, und der Unterkörper des Kindes war durch den Riss herausgetreten.

Die Rissstelle erschien narbig verändert, und es ist nicht ausgeschlossen, ja wahrscheinlich, dass bei der früheren Operation die Gebärmutterwand verletzt worden und an der Verletzungsstelle mangelhaft widerstandsfähig geblieben war.

Mediz. Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

(Allg. med. Centralztg.)

Sitzung vom 6. Dezember 1901.

Herr **Jacoby:** Virulenter Scheiden-Mastdarmriss.

Eine trunkene Frau wurde von einem ebenfalls trunkenen Manne überfallen und angeblich genothzüchtigt. Danach soll der Angreifer mehrmals mit der Hand in die Scheide seines Opfers gefahren sein und es gekniffen oder gezwickt haben. Aerztlicherseits wurde ein Scheiden- und Mastdarmriss gefunden, von dem aus sich ein grosser Abszess in der Umgebung der Scheide bildete. Es ist anzunehmen, dass dieser Riss nicht beim Beischlaf, sondern durch Eingehen mit der Hand entstanden ist, da im ersteren Falle die Scheidengewölbe mit verletzt zu sein pflegen.

Klinischer Abend vom 17. Januar 1902.

(Allg. med. Centralztg.)

Herr **Anschütz.** Vorstellung eines Falles von verkannter hochgradiger Hypospadie, welche zur Verwechselung des Geschlechts geführt hatte.

Eine Person mit kräftigem Schnurr- und Vollbart, männlicher Kehlkopfform und Stimme und männlichem Brustkorb lebt 50 Jahre lang als Weib. Sie hat einen 6—7 cm langen und stark abwärtsgekrümmten, undurchbohrten, sonst wohlausgebildeten Penis, die Harnröhre mündet am Damm. Der unvollkommen getheilte Hodensack enthält rechts einen Hoden, der linke ist verborgen. Vom Mastdarm aus fühlt man einen schildförmigen Körper, der allenfalls als kleine Prostata angesehen werden kann.

Die Betreffende weiss, dass sie „ein Zwitter“ ist. An Heirathen hat sie nie gedacht. Sie hat Erektionen — ob auch Samenergüsse, ist nicht zu ermitteln. Mit ihrer Rolle als Weib ist sie völlig zufrieden.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Sitzung am 18. Februar 1902.

Herr **Urban:** Schulterluxation mit vollständiger motorischer Lähmung, sensibler Parese des rechten Armes.

Trotz früher guter Einrichtung der Verrenkung waren alle Muskeln, die vom Armnervengeflecht versorgt werden, gelähmt und elektrisch sehr wenig erregbar, die Hautempfindung am ganzen Arm herabgesetzt. Allmählich beginnt eine Erholung der Muskeln. Zeitweise bestehen heftige ausstrahlende Schmerzen.

Herr **Trömner:** Moralische Debilität und Geschlechtstrieb im Kindesalter.

Ein 8jähriges Mädchen, uneheliche Tochter eines Neurasthenikers, masturbirt seit dem dritten Jahre. Wahrscheinlich ist sie zuerst von ihrem Pflegevater gemissbraucht worden. Sie hat in letzter Zeit sich wiederholt von jungen Burschen masturbiren bezw. inter femora koitiren lassen. Dabei will sie deutliche Wollust empfunden haben. Körperlich fällt die kirschkerngrosse Klitoris auf, seelisch tritt bei leidlichem Verstande ein Fehlen sittlicher Gefühle und Begriffe hervor.

Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 17. April 1902.

Herr **Weigel:** Spondylitis traumatica (Kümmell'sche Krankheit).

Ein 40jähriger Mann empfindet beim Heben einer schweren Kiste so heftige Schmerzen im Rücken, dass er sie fallen lässt. In den folgenden zwei Monaten kann er, aber unter steten Schmerzen, arbeiten, dann nicht weiter. Objektiv findet sich eine Druckempfindlichkeit des ersten Lendenwirbels und eine, angeblich auf Influenza zurückzuführende Nierenentzündung, an welch letzterer der Kranke zu Grunde geht. Bei der Sektion fand sich eine haselnussgrosse Höhle im ersten Lendenwirbel, ausgefüllt mit einer zähgallertigen, rothmarkig aussehenden Masse. Die ihr benachbarte Rindenschicht war etwas ausgebaucht. Aehnliche kleinere Heerde bestanden in demselben Wirbel noch mehr.

Derselbe. Akute Herzerweiterung, entstanden durch Ueberanstrengung.

Ein vierunddreissigjähriger Mann, dem Aerzte von früher her als gesund bekannt, bekam beim Mistaufladen Herzbeschwerden und musste sofort zu Bett. Es fand sich eine hochgradige Herzerweiterung mit sehr unregelmässigem, schwachem Pulse, ohne Geräusche. Noch nach einem Jahre bestand volle Erwerbsunfähinkeit.

Die Berufsgenossenschaft erkannte das Leiden überhaupt nicht als traumatisch an. Das Schiedsgericht erklärte diese Anschauung nach dem Arztbericht für unstatthaft. Fraglich könne nur sein, ob ein „Betriebsunfall" vorliege. Da durch thatsächliche Erhebungen eine über das Mass des Betriebsüblichen hinausgehende Anstrengung und eine enge zeitliche Begrenzung derselben erwiesen wurde, musste jene Frage bejaht werden.

Unterelsässischer Aerzteverein in Strassburg.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Sitzung am 1. März 1902.

Herr **Ledderhose**: Ueber Gefahren der Esmarchischen Blutleere.

Bei einem 70 jährigen Zuckerkranken, dem wegen Brand am Fusse der Oberschenkel abgesetzt wurde, fanden sich Schenkelarterie und -vene verstopft. Nach Lösung des Schlauches erfolgte plötzlicher Tod. Wahrscheinlich hatte Anlegung und Lösung des Schlauches einen Theil des Gerinnsels beweglich gemacht, und dieser wurde nun in die Lungenarterie verschleppt.

Bei einem Knaben trat plötzlicher Tod nach einer Fussoperation nach Lösen der Binde ein. Im Gehirn fanden sich bedenkliche chronische Veränoerungen. Neben Chloroformwirkung könnte hier die Kreislaufsänderung bei Lösung des Schlauches als Todesursache in Frage kommen.

Nach einer Kniegelenksresektion unter Esmarchischer Blutleere bestand eine Zeit lang Ischiadikuslähmung, wahrscheinlich in Folge der Blutabsperrung.

Nach einem Evidement wegen eiternden komplizirten Splitterbruchs des Unterschenkels unter Blutleere wurden die Weichtheile unterhalb des Schlauches brandig. Wahrscheinlich war die Innenhaut der Schenkelarterie durch die Einschnürung zerrissen.

L. empfiehlt die Blutleere nur da anzuwenden, wo sie wesentliche Vortheile für den Kranken bringe und anstatt des nur für muskelstarke Oberschenkel unentbehrlichen Schlauchs die breite Binde anzuwenden.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Aerztliches Obergutachten, betreffend den ursächlichen Zusammenhang zwischen einer sogenannten Pseudoleukämie und einem Unfalle (Sturz vom Wagen mit Aufschlagen des Hinterkopfs auf das Pflaster).

In der Unfallversicherungssache der Wittwe L. J. wider die Posensche landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft ersucht mich das Reichs-Versicherungsamt durch Zuschrift vom 16. März d. J., ein Obergutachten darüber zu erstatten, ob der Tod des verstorbenen Ehemanns der Klägerin mit Gewissheit oder überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 19. August 1899 zurückzuführen ist, wenn auch nur in der Weise, dass der Unfall den tödtlichen Ausgang der Krankheit wesentlich beschleunigt hat.

Diesem Ersuchen entspreche ich unter Rücksendung der Akten ergebenst durch die Erklärung, dass, obwohl meines Wissens eine Erörterung von Beziehungen der in Frage stehenden Hauptkrankheit zu Unfällen bislang in der Literatur fehlt, der gefragte Zusammenhang meines Erachtens nach Lage der Sache nicht abgelehnt werden darf. In diesem Sinne hat sich auch der Sachverständige Physikus Dr. R. in seinem dritten Gutachten ausgesprochen („zweifelhaft"), nachdem er in seinem ersten Atteste selbst den mittelbaren Zusammenhang mit Sicherheit ausgeschlossen hatte. Auch der andere Gutachter Dr. H. hat sich nur dahin geäussert, dass er die ursächliche Rolle des Unfalls nach seinen anderweitigen Erfahrungen über die Krankheit nicht behaupten könne. Ich muss einen Schritt weiter gehen als die genannten Sachverständigen und die Möglichkeit zur Wahrscheinlichkeit erheben. Die Gründe sind folgende:

Das Grundleiden des Verstorbenen ist eine eigenthümliche, der Hauptsache nach durch meist unaufhaltsame Wucherung der Lymphdrüsen (öfters auch der Milz und anderer Organe) sich äussernde Ernährungsstörung, wie sie vorwiegend unter dem Namen der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms geht. Schon die Bezeichnungen deuten an, dass sie zwischen der sogenannten Leukämie (Blutkrankheit mit Vergrösserung der Milz bezw. Lymphdrüsen) und, wie Dr. H. bereits vertreten hat, dem Krebs der Lymphdrüsen steht. Für diese beiden letztgenannten Krankheiten hat die massgebende Literatur längst Beziehungen zu Unfällen anerkannt, ja direkt den Begriff einer „traumatischen Leukämie" aufgestellt. Es ist nicht einzusehen, warum nicht auch eine traumatische Pseudoleukämie bestehen soll.

Die speziellen Verhältnisse des vorliegenden Falles anlangend, trete ich zunächst Dr. H. bei, wenn er das Drüsenleiden des J. als die eigentliche Todesursache anspricht. Ich will dabei die Bekundung des Dr. R., dass es sich in den letzten Lebenstagen um eine „gewöhnliche", also sogenannte krupöse Lungenentzündung handelte, respektiren. Allein, wie bei Trägern krebsiger Neubildungen und von Leukämie sich nicht selten eine terminale, den tödtlichen Ausgang beschleunigende Lungenentzündung einstellt, ebenso bei dem verwandten Leiden der Pseudoleukämie. Mit einer selbständigen Bedeutung kann diese Endkomplikation bei J., den Dr. H. seinem Kollegen bereits im November 1899, also fast drei Monate vor seinem Ende, als „Todeskandidaten" übergeben hatte, nicht ausgestattet werden. Aus diesem Grunde erübrigt sich eine Erörterung der Frage nach dem Zusammenhange zwischen Lungenentzündung und Unfall.

Der Verstorbene ist nach dem Zeugniss des Vertrauensmanns G. vor seinem Unfall gesund und erwerbsfähig gewesen. Letzterer bestand nach der Anzeige und der Bekundung des von seinem Gemeindevorstand als nüchtern und zuverlässig bezeichneten Verunglückten und der Zeugen Gi. und E. in einem Sturze vom Wagen mit Aufschlagen des Hinterkopfes aufs Pflaster. Der Besinnungslose und am Hinterkopf stark Blutende musste aufgehoben werden. Der sechs Wochen später operirte Abscess kann nicht gut anders, denn als Unfallsfolge aufgefasst werden und deutet auch seinerseits auf einen schweren Charakter des Sturzes, zumal eine wesentliche Beschränkung der Bewegungsfähigkeit der Halswirbelsäule zurückblieb.

Die Angabe des J., dass er sein Drüsenleiden zuerst Anfang Oktober 1899 bemerkt habe, widerspricht nicht der ärztlichen Beobachtung, nach welcher zunächst in der zweiten Novemberwoche Packete geschwollener Drüsen im Bereiche der Achselhöhlen, des Halses und oberhalb der Schlüsselbeine festgestellt wurden. Da die Pseudoleukämie, von bestimmten Ausnahmen abgesehen, relativ langsam zu verlaufen bezw. erst nach Jahresfrist oder später zum Tode zu führen pflegt, muss es zweifelhaft bleiben, ob J. zur Zeit seines Unfalls wirklich ganz gesund oder schon von seinem Leiden in verborgener Form und ohne Störung seiner Erwerbsfähigkeit befallen gewesen ist.

Im ersteren Falle darf meines Erachtens der gefragte Zusammenhang nicht als unwahrscheinlich gelten, wenn auch die traumatische Entstehung des genannten Drüsenleidens wissenschaftlich einstweilen nur zu den Möglichkeiten zählt.

Ich stehe hier auf dem Standpunkte von R. Stern, der es bezüglich der Leukämie für unzulässig hält, dass der Verletzte unter unserer Unkenntniss leiden sollte, und bei Entwicklung der Krankheit innerhalb der nächsten Monate nach einer Kontusion die Annahme einer über das Niveau der blossen Möglichkeit hinausgehenden Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges für statthaft erklärt. Zudem entspricht in unserem Falle die von der Gewalteinwirkung in Anspruch genommene Oertlichkeit im Grossen und Ganzen jener der zunächst betroffenen Drüsen, denn die des Halses liegen dem Hinterkopf und Nacken am nächsten.

Hat am Unfallstage das Drüsenleiden als latentes bereits bestanden, so ist selbstverständlich die Wahrscheinlichkeit eine noch höhere, da eine Beschleunigung der krankhaften Drüsenwucherung durch intensive Erschütterung überhaupt nicht wohl bezweifelt werden darf.

Ich muss also in dem einen wie dem anderen Falle die gestellte Frage bejahen.

Berlin, 5. April 1901.

Dr. Fürbringer,
Geheimer Medizinalrath und Professor,
ärzlicher Direktor der inneren Abtheilung des Städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain zu Berlin.

Das vorstehende Obergutachten hat dem Rekursgericht die Ueberzeugung verschafft, dass ein überwiegendes Mass von Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Tode des Ehemanns der Klägerin und dem ihm zugestossenen Unfalle spricht. Demgemäss sind die Vorentscheidungen aufgehoben und ist der Klägerin die gesetzliche Entschädigung aus Anlass des Todes ihres Ehemanns zugesprochen worden.

(Amtl. Nachr. d. Reichsvers.-Amts.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Bruns, Die traumatischen Neurosen, Unfallneurosen. Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Professor Dr. Nothnagel. XII. Band, I. Theil, IV. Abtheilung, Wien 1901, A. Hölder. 131 Seiten. M. 3,20.

Nach der Definition des Begriffes der Unfallneurosen und einer sehr interessanten historischen Einleitung bespricht B. die Aetiologie. Er hält daran fest, dass, wenn auch organische Veränderungen wenigstens einen Theil der Symptome bilden, doch die meisten Unfallneurosen einer greifbaren Grundlage entbehren und seelische, nicht materielle Erschütterungen bei ihrer Entstehung die Hauptrolle spielen. Sehr anschaulich wird geschildert, wie allmählich die Begehrungsvorstellungen bei dem verletzten Arbeiter auftreten, wobei mit Recht hervorgehoben wird, dass auch bei Privatunfallversicherungs-Gesellschaften solche Zustände vorkommen. Symptomatologisch gliedert B. die Unfallneurosen in traumatische Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, einfache Psychosen und Mischformen, von jeder giebt er zunächst ein klassisches Beispiel. Dann werden die einzelnen Symptome der Reihe nach durchgegangen: psychische Erscheinungen, Schlaf, Schwindel, Krampfanfälle, Gefühls- und Sinnesstörungen, Lähmungen und Kontrakturen, Sehnenreflexe, Zittern, Sprachstörungen, Störungen von Seiten der Hirnnerven und des Herzens sowie des Gefässsystems. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, die Schilderung ist sehr anziehend und klar.

Die Diagnose der Unfallneurosen schliesst die wichtige Frage nach Simulation und Uebertreibung in sich. B. steht in Bezug auf Simulation auf dem sehr richtigen Standpunkte, dass sie an und für sich sehr selten vorkommt, wenn er sie auch nicht ganz leugnet, dass man aber vor Allem als Arzt sehr vorsichtig sein muss, das ominöse Wort eher auszusprechen, als man thatsächlich von der Simulation überzeugt ist, und das wird sehr selten der Fall sein. Bei der Besprechung der Abschätzung warnt er mit Recht vor zu hohen Renten, welche die Aufnahme der Arbeit immer erschweren, lieber allmähliche Herabsetzung. Die Prognose wird besser, wenn der Arzt möglichst früh auf den Verletzten suggestiv wirkt und ihm die Heilung in Aussicht stellt. Dazu gehört aber, dass die Gutachten nicht nur von Chirurgen, sondern vor Allem von neurologisch geschulten Aerzten abgegeben werden, eine Forderung, die Referent nur auf das Wärmste unterstützen kann.

Die Therapie bespricht neben den physikalischen und anderen Methoden die Arbeit als das Hauptmoment der Behandlung. In ihr sieht auch B. die einzige Methode, dem Kranken zu helfen, wenn er überhaupt noch hergestellt zu werden wünscht! Ueber die Art, das Ziel zu erreichen, gehen die Ansichten noch aus einander; es werden die verschiedenen Vorschläge besprochen. Nicht ganz einverstanden ist Referent mit der Ansicht des Verfassers über die Anstaltsbehandlung der Unfallnervenkranken, der er doch zu wenig Nutzen und zu viele Nachtheile zuschreibt — es kommt in erster Linie auf die Art der Anstalt selbst und ihren Zweck an. Doch ist das eine Frage, über die sich Referent vorbehalten möchte, in Bälde an dieser Stelle sich etwas ausführlicher zu verbreiten.

Ein genaues Literaturverzeichniss bildet den Schluss der sehr lesenswerthen Arbeit, deren Studium jedem Fachgenossen auf das Wärmste empfohlen werden kann.

Windscheid-Leipzig.

Pel. Ueber die Kunst gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten. Uebersetzt von Dr. Albrecht Rosenstein. Jena 1902. Gustav Fischer. 32 S. 50 Pf.

Der kleine Aufsatz des berühmten Klinikers ist ursprünglich eine Festrede zu einem Gedenktage der Universität Amsterdam gewesen. Damals haben Pels Worte sicherlich ihren Eindruck nicht verfehlt. Der Kern des Vortrages ist eine von echtem Gefühl getragene dringende Ermahnung zur Mässigkeit in allen Dingen, in der Arbeit wie im Genuss, und zur harmonischen Ausbildung des Seelenlebens, und diese Ermahnung ist durch eine edle Sprache, durch das Einstreuen einer Fülle von Zitaten in poetisch schöne Form gekleidet, zahlreiche anekdotische Beispiele aus der Geschichte haben gewiss auch das Ihrige gethan, um das Interesse der Hörerschaft zu fesseln. Leider kommen alle diese Vorzüge bei einer Broschüre weniger zur Geltung: der Hörende giebt sich dem Redner willig hin, der Leser dagegen verlangt vom Autor neue Gedanken, eine scharfe Kritik, eine strenge Beweisführung. In diesen Richtungen aber können wir den Ausführungen Pels keine den Durchschnitt überragende Bedeutung beimessen. Deswegen zweifeln wir, ob die Veröffentlichung der Festrede in Buchform ein ganz glücklicher Griff gewesen ist.

F. L.

Tuczek, F. Geisteskrankheit und Irrenanstalten. Sechs gemeinverständliche Vorträge. Marburg. N. G. Elwert. 69 S. M. 1,20.

Die Vorträge, welche Verf. im Arbeiter-Fortbildungsverein zu Kassel gehalten hat, geben in allgemeinverständlicher Weise ein klares, anschauliches Bild der den Laien interessirenden Fragen aus dem Irrenwesen. Die Arbeit erscheint durchaus geeignet, die hier vielfach noch herrschenden falschen Anschauungen, Missverständnisse und Vorurtheile zu zerstreuen, und sie verdient daher weite Verbreitung im Publikum; zu einer der-

artigen Belehrung weiterer Kreise kann auch der Arzt durch die Empfehlung von Schriften, wie der vorliegenden, wesentlich beitragen. Ernst Schultze.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag J. F. Bergmann.

Ohlemann, Die neueren Augenheilmittel. 1902. 171 Seiten. Preis 3,60 M.

Pollatschek, Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. XIII. Jahrgang, 1902. 320 Seiten. Preis 8 M.

Jentsch, Die Laune. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft XV. 1902. 60 Seiten. Preis 1,20 M.

Hoche, Die Freiheit des Willens vom Standpunkte der Psychopathologie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft XIV. 1902. 40 Seiten. Preis 1,00 M.

Lang, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 653 Seiten mit 87 Abbildungen im Text. 1902. Preis 14,60 M.

Verlag Ferd. Enke.

Dammer, Handbuch der Arbeiterwohlfahrt. Lieferung 2. 1902. 320 Seiten. Preis 4,00 M.

Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. 1902. 368 Seiten.

Seel, Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. 1902. 478 Seiten.

Verlag Julius Springer.

Kurella, Der neue Zolltarif und die Lebenshaltung des Arbeiters. Handelspolitische Flugschriften. Heft 3. 1902. 45 Seiten.

Verlag Vogel & Kreienbrink.

Bézy-Bibent, Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. 1902. 236 Seiten. Preis 3,60 M.

Verlag Gustav Fischer.

Karup - Gollmer - Florschütz, Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. 1902. 520 Seiten. Preis 13 M.

Verlag Joh. Ambr. Barth.

Natterer, Gesetz betr. die ärztlichen Ehrengerichte. 1902. 48 Seiten. Preis 80 Pf.

Verlag J. Guttentag.

Lebbin, Das Weingesetz vom 24. Mai 1901. Sammlung deutscher Reichsgesetze No. 65. 1902. 168 Seiten.

Verlag von J. F. W. Schumann.

Wollermann, Wie überwinden wir Aerzte unsere wirthschaftliche Noth? 1902. 46 Seiten.

Verlag A. Asher & Comp.

Funke und **Hering,** Die gerichtlichen Kosten des Verfahrens vor dem Reichsversicherungsamt und den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung. 1902. 219 Seiten.

Tagesgeschichte.

Theilweise und veränderte Erwerbsfähigkeit.

Unter diesem Titel behandelt Hoeflmayr in der Münchner Medizinischen Wochenschrift zuerst einen Missstand in unserer sozialen Gesetzgebung, den sicher schon viele Aerzte in ihrer Praxis als unangenehm und ungerecht empfunden haben. Für viele Kranke und Verletzte ist es äusserst wichtig, dass sie wieder anfangen zu arbeiten, aber nicht gleich in demselben Umfang wie früher. Nun kennt aber das Krankenkassengesetz nur Arbeitsfähige und Arbeitsunfähige, kein Mittelding. Wer auch nur eine Stunde am Tage arbeitet, gilt als arbeitsfähig, verliert sein Krankengeld und ist, solange seine Leistungen und sein Lohn gering bleiben, übler dran, als der Faullenzer, der vorläufig gar nicht anfängt, wieder was zu thun.

Um diesem Uebelstand abzuhelfen, empfiehlt H. bei der bevorstehenden Revision des Gesetzes die Einführung einer Theil-Erwerbsfähigkeit, nicht nach Prozenten, aber nach Stunden berechnet, mit fortdauernder, entsprechend verringerter Krankenunterstützung. Das entspreche dem Interesse der Aerzte wie der Kassen und sei leicht durchführbar.

An den letzten Punkt anknüpfend, müssen wir die Befürchtung äussern, dass gerade die Schwer-Durchführbarkeit derjenige Faktor ist, an dem Höflmayr's Vorschlag in seiner jetzigen Form scheitern muss. Die allmählich wachsende Arbeitsfähigkeit eines Genesenden nach Arbeitsstunden zu bestimmen, das ist eine ganz neue gutachtliche Aufgabe, die unseres Erachtens dem rein subjektiven Ermessen und der Willkür breitesten Raum lässt; man muss befürchten, dass im Einzelfalle entweder Kasse oder Kranker sich meist benachtheiligt fühlen werden, und daraus entsteht Unzufriedenheit, Misshelligkeit — und endloses Schreibwerk.

Dennoch wäre die Einfügung des Begriffes der Theil-Arbeitsfähigkeit in die Kassengesetzgebung segensreich, wenn man sich nur nicht auf ein allzu sorgfältiges Abmessen versteift. Man gebe dem Arzte die Möglichkeit, einen Arbeiter, der nach einer Krankheit oder Verletzung wieder anfangen kann, etwas zu thun, für etwas längere Zeit, etwa für 4 Wochen, halb erwerbsfähig zu schreiben, für welche Zeit er dann halbes Krankengeld weiter bekommt — damit wäre schon viel gewonnen. Die Erwerbsfähigkeit würde dann vielleicht für die erste Woche zu hoch, für die letzte zu niedrig berechnet sein, im Ganzen aber ungefähr stimmen.

Weit schwieriger liegt die Frage der „veränderten Erwerbsfähigkeit". Hierunter versteht Höflmayr die für manche Personen bestehende Unfähigkeit, bestimmte Arbeiten, die sich für sie als schädlich erweisen, aufzugeben, bei sonst erhaltener Leistungsfähigkeit. Beispielsweise muss ein Polirer, der von seiner Arbeit eine Nervenentzündung am Arm bekommen hat, unbedingt nach Heilung der Neuritis eine andere Arbeit anfangen. Ebenso führt H. die Kesselschmiede an, die in ihrem Berufe fortschreitend schwerhörig und schliesslich taub werden. Solche Leute, meint H., müsste der Staat vor Arbeitslosigkeit einigermassen schützen. Er räth etwa folgende Gesetzesvorschrift an: „Hat ein Arbeiter durch dauernde Beschäftigung in einer Sparte des Betriebes eine Schädigung seiner Gesundheit erlitten, die nach dem Gutachten eines Arztes auf die anhaltend gleichmässige Arbeit zurückzuführen ist, so ist die Weigerung des Arbeiters, diese spezielle Arbeit weiterhin zu versehen, allein kein Grund zur Entlassung."

Dieser Vorschlag ist sicher verfehlt. Erstens ist er undurchführbar. Denn nichts wäre leichter, als den obigen Paragraphen zu umgehen. Der Arbeitgeber kann ja laut B. G. B. dem Arbeiter jederzeit ohne Nennung von Gründen für den nächsten Tag kündigen. Zweitens verlangt der von H. entworfene Paragraph von den Arbeitgebern Dinge, die im Einzelfalle unmöglich sein können. Man erwäge nur, was ein Maschinenfabrikant thun soll, dem eines Tages seine sämmtlichen Kesselschmiede ärztliche Atteste bringen, dass sie durch ihre Arbeit an der Gesundheit geschädigt werden und deshalb die Arbeit einstellen müssen! Soll er wirklich gesetzlich gezwungen sein, alle zu behalten, bis sie andere, gleich lohnende Arbeit gefunden haben?

Bei der „veränderten Erwerbsfähigkeit" liegt einer von den sozialen Schäden vor, gegen die noch kein Rezept gefunden ist. Sicher ist es eine ernste und wichtige Aufgabe, hier Mittel zu einer Besserung zu suchen. Aber wir müssen auch auf diesem Gebiet des Grundsatzes eingedenk sein: Nil nocere! Verfehlte Heilbestrebungen schaden. F. L.

Urtheil eines Ausländers über unsere Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung.

Welchen Einfluss unsere Arbeitergesetzgebung auf den sozialen Frieden auszuüben bestimmt sein wird — das ist heute noch eine unentschiedene Frage. Wir Aerzte werden als Gutachter der staatlichen Versicherungsinstitute, insbesondere der Unfallversicherung gerade auf die Fälle erbitterter Rentenkämpfe am meisten aufmerksam und beobachten sogar, wie das wohlmeinende Gesetz in seiner Ausführung zur Züchtung gewisser Krankheiten Anlass giebt. Vielleicht finden sich daher gerade in unseren Reihen Viele, die der sozialen Gesammtwirkung der Arbeiterschutzgesetze skeptisch gegenüberstehen. Es wird unsere Leser interessiren, wie ein Ausländer, ein Beobachter, dem sowohl Objektivität als Urtheilskraft zuzutrauen ist, sich über diese Frage ausspricht.

Prof. Mahaim aus Lüttich hat bei Gelegenheit des Arbeiterversicherungs-Kongresses einer Schiesgerichtssitzung beigewohnt und schildert in „L'écho de l'industrie" die dort empfangenen Eindrücke. Wir bedauern, nicht Raum genug für eine Wiedergabe der sehr anschaulichen, feinen, eines Hauches von Humor nicht entbehrenden Schilderung zu haben, die Mahaim vom Verlaufe der Sitzung giebt. Dagegen möchten wir im Wortlaut, wie ihn die „Arbeiterversorgung" in ihrem 25. Heft wiedergiebt, die Schlusssätze des Verfassers anführen.

„Soll ich meinen allgemeinen Eindruck wiedergeben, so muss ich sagen, dass ich noch nie eine humanere und promptere Justiz gesehen habe. Es scheint mir bewunderungswürdig, wie sie ihre Aufgabe erfüllt. Halb Verwaltungs- halb Rechtspflege-Organ, ist sie ein Hauptrad der grossen Versicherungsmaschinerie und funktionirt gut. Zudem sind, glaube ich, ihre mittelbaren Dienste noch wichtiger, als die, für welche sie eigentlich geschaffen ist. Ich erblicke in ihr thatsächlich vor Allem ein unvergleichliches Werkzeug sozialer Erziehung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer: Hier soll man in praktischer, lebensvoller, unvergesslicher Weise die Solidarität der Interessen zwischen Kapital und Arbeit und ihre gegenseitigen Rechte kennen lernen.

Es scheint mir undenkbar, dass diese fortgesetzten Bemühungen in der Richtung auf die Versöhnung, das Vernünftige und Billige, nicht eine tiefe Spur im Gemüth der Parteien hinterlassen sollten. Unter den 12 Entscheidungen, die in unserer Gegenwart erlassen wurden, war nicht eine, die nicht die volle Zustimmung der Kongresstheilnehmer gefunden hätte. Jedermann fand sie billig, verständig, voll Rücksicht ebenso sehr auf die Interessen der Versicherungsträger wie auf die Rechte der Arbeiter, und Herr Jean Dubois, der ausgezeichnete Generaldirektor unseres Arbeitsamts, erntete einstimmigen Beifall, als er dem Schiedsgericht im Namen des Kongresses dankte und es dabei kraft seiner Autorität als alter Beamter als einen vorbildlichen Gerichtshof bezeichnete. Meines Erachtens ist es aber nicht so sehr die Billigkeit der Entscheidungen, was hier so tiefen Eindruck macht, als vielmehr ihr schiedsrichterlicher Charakter und der Geist, der die beseelt, welche sie erlassen. Und nichts kann das aufwiegen und ersetzen.

Ich entsinne mich einer Philippika, die ein hervorragender französischer Nationalökonom, ein grosser Gegner der deutschen Arbeiterversicherung, auf den Kongressen zu Mailand und Brüssel gehalten. Er wies auf die wachsende Zahl der Prozesse vor den Schiedsgerichten hin und rief: „Das deutsche System ist eingeführt worden, um den Haftpflichtprozessen ein Ende zu machen, in denen der soziale Hass sich entzündet und verschärft. Nun, die Prozesse sind nicht nur nicht verschwunden, sie haben sich vervielfacht. Wo bleibt die Besänftigung, wo bleibt der Fortschritt des sozialen Friedens?"

Heut, nachdem wir sie aus nächster Nähe besehen haben, können wir antworten: Sind das denn Prozesse? Nicht doch! Hier herrscht keine Leidenschaft, keine persönliche Gehässigkeit mehr, ja nicht einmal die Form der aufreizenden Debatte, die sich noch viel zu oft in unseren Gerichtshöfen breit macht. Das deutsche System hat in dieser Hinsicht seinen Zweck vollständig erreicht, denn es giebt keine wirklichen Prozesse mehr. Es giebt nur noch Reklamationen, die sich nicht mehr gegen Personen, sondern gegen unpersönliche Einrichtungen richten, und von Organen erledigt werden, bei denen die Arbeiter wissen, dass sie etwas bedeuten, und zwar im Geiste des wahren Wohlwollens, welcher die Grundbedingung des sozialen Friedens ist."

Wir wollen uns der frohen Hoffnung hingeben, dass der belgische Professor richtig prophezeit. Was die deutschen Aerzte thun können, um dieses Ziel zu fördern, wird sicherlich geschehen.

Fürsorge für Genesende in Frankreich.

Während in Deutschland die Errichtung von Genesungsheimen eben erst im Beginn ihrer Entwicklung ist, hat man in Frankreich bereits seit langer Zeit, eigentlich schon seit 1650, damit begonnen. Gegenwärtig bestehen für Paris die beiden Genesungsheime Vincennes mit 460 Betten und einer Aufnahmeziffer von 84000 Personen jährlich und Vésinet mit 330 Betten und 64000 Aufnahmen. Ihnen reihen sich zwei kleinere Heime in Roche Guyon und Garches an. Alle 4 sind Eigenthum der öffentlichen städtischen Armenpflege.

Dem Beispiel von Paris reihen sich Rouen, Nancy, Tours, St. Maurice, Reims und Pau an. Daneben giebt es einige derartige Anstalten im Besitze privater Wohlthätigkeitsvereine.

Eine Ausgestaltung der Fürsorge für Genesende wird jetzt auf dem Boden des Krankenpflegegesetzes von 1893 angestrebt, das jedem bedürftigen kranken Franzosen ärztliche Hilfe, Arznei und Hospitalpflege zusichert. Der Conseil supérieur de l'assistance publique hat mit Bezug hierauf folgende Beschlüsse gefasst:

1. Da die vom Gesetz 1893 dem bedürftigen Kranken zu gesicherten Unterstützungen sich nur auf Arzt und Medizin beziehen, so ist es wünschenswerth, dass der Arzt seine Aufgabe erst dann als beendet betrachtet, wenn der Kranke seine völlige Erwerbsfähigkeit wiedererlangt hat.

2. Aufgabe der Krankenhausverwaltungen und der Bureaux de Bienfaisance und d'Assistance ist es, die aus den Krankenhäusern entlassenen oder im Hause verpflegten mittellosen Genesenden zu unterstützen. Zum Zwecke wohlorganisirter Hilfeleistung sollten Krankenhausverwaltung und Bureau in wechselseitige Verbindung mit einander treten. In denjenigen Gemeinden, in denen die erwähnten Bureaus die hierzu erforderlichen Mittel nicht besitzen, ist es Sache der Regierung, die hieraus entstehenden Kosten zu tragen.

3. Die grösseren Krankenhäuser sollen Heime für Genesende auf dem Lande, die kleineren Sondersäle in den Anstalten selbst errichten.

4. Die hieraus entstehenden Unkosten sind nothwendige Folgen der Krankenkosten und darum in diese einzubeziehen.

5. Für die häusliche Pflege ist die gesetzliche Fürsorge auf Verpflegung und Heizung auszudehnen. Doch ist vor Entwurf eines neuen Gesetzes das Ergebniss einer ministeriellen Anordnung abzuwarten, die gegenwärtig den Gemeinden und Krankenhäusern vorliegt.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständiken-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung. 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare. Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. № 19. Ausgegeben am 1. Oktober.

Inhalt:

Das Hermann-Haus,

Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft in Stötteritz bei Leipzig,

nebst Bemerkungen über die Berechtigung der Errichtung besonderer Unfallnervenkliniken.

Von
Professor Dr. F. Windscheid,
dirigir. Arzt des Hermann-Hauses.



Ungeahnte Aufgaben sind dem Arzte aus der modernen sozialen Gesetzgebung, vor Allem aus dem Unfallgesetz erwachsen. Die „Unfallheilkunde“ ist eine Wissenschaft für sich geworden, deren Kenntniss heutigen Tages jedem Arzte geläufig sein muss, denn jeder kann in die Lage kommen, sich gutachtlich über einen Unfallverletzten äussern zu müssen. Was uns auf der Universität überhaupt noch gar nicht gelehrt wurde, bildet jetzt einen integrirenden Bestandtheil des medizinischen Unterrichtes und hoffentlich ist die Zeit nicht fern, in welcher wir Lehrstühle für Unfallheilkunde an den deutschen medizinischen Fakultäten besitzen!



Die weittragendste Wirkung hat aber die Unfallgesetzgebung doch wohl auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten gezeitigt. Man darf ruhig sagen, dass ein Theil der durch den Unfall hervorgerufenen Nervenerkrankungen früher überhaupt nicht oder wenigstens nur ganz sporadisch vorkam, ich meine die traumatische Hysterie, während wir bei einer grossen Reihe anderer Nervenerkrankungen den Zusammenhang zwischen ihnen und einem Trauma erst durch die Unfallgesetzgebung kennen und würdigen gelernt haben.

Doch nicht von diesen Dingen will ich reden. Ich möchte vielmehr die Frage erörtern, auf welche Weise man am zweckmässigsten den besonderen Eigenthümlichkeiten der Unfallnervenkranken in Bezug auf Untersuchung, Beobachtung und Behandlung gerecht wird.

Dass diese Unfallnervenkranken eine ganz besondere Klasse von Patienten bilden, wird Jeder, der sich mit ihnen zu beschäftigen hat, zugestehen. Einmal bieten sie ein viel komplizirteres Bild als der rein chirurgisch Verletzte. Dann zeigen sie in der Mehrzahl der Fälle nur rein subjektive Symptome, auf die der Arzt in der Begutachtung angewiesen ist, für die er eine greifbare Grundlage in Form einer materiellen Nervenerkrankung nicht finden kann. Ferner kommen bei den Unfallnervenkranken eine Reihe von psychischen Veränderungen in Betracht, die durch das Trauma direkt hervorgerufen sind. Hier bewegen wir uns auf einem noch durchaus hypothetischem Boden, da wir über die eventuelle materielle Grundlage posttraumatischer Störungen der Psyche auch noch nicht den Anfang einer Kenntniss haben. Blicken wir schliesslich auf organische Nervenerkrankungen, welche als eine Folge des Unfalls von Seiten des Verletzten dargestellt werden — Tabes, Paralyse, Gehirntumor u. s. w. — so haben wir zwar hier greifbare, objektive Grundlagen in Form materieller Nervenläsionen vor uns, aber die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit ist eine in den meisten Fällen schwer, völlig sicher wohl niemals zu entscheidende.

Alle diese Eigenthümlichkeiten bedingen eine andere Art der Begutachtung bei Unfallnervenkranken als bei anderen Unfallverletzten und erfordern auch oft eine andere Behandlungsweise.

Der Unfallnervenkranke wird in weitaus den meisten Fällen zu einem Gutachten einer genauen Beobachtung bedürfen. Nehmen wir als Gegensatz einen rein chirurgischen Fall, sagen wir eine Fraktur des Unterschenkels. Ohne Schwierigkeit stellt der erfahrene Chirurg die Lage der Bruchenden zu einander fest, bestimmt die Schwere der Verletzung und weiss genau, dass der Verletzte eine bestimmte Zeit lang wegen seines gebrochenen Beines nicht arbeiten kann. Heilt der Bruch, so wird genau mit dem Zentimetermass die Dicke des Kallus bestimmt, sein allmähliches Verschwinden genau präzisirt; die Bewegungsfähigkeit der Extremität kann exakt festgestellt, die Arbeitsfähigkeit des Erkrankten danach bemessen werden. Hierfür genügt immer eine einmalige Untersuchung. Uebertreibung oder gar Simulation können ohne Weiteres an der Hand der objektiven Symptome nachgewiesen werden.

Anders bei Nervenkranken. Hier tritt dem Arzte meistens ein Heer von zunächst unkontrolirbaren rein subjektiven Beschwerden entgegen: Schmerzen hier und dort, Schwindel, Schwäche, Schlaflosigkeit, psychische Verstimmung u. s. w. Wie soll der Begutachter die Existenzberechtigung all dieser Erscheinungen bei einer einmaligen Untersuchung prüfen können! Dazu kommt noch, dass der von äusseren Einflüssen abhängige Nervenkranke durch die Untersuchung an und für sich schon erregt ist, der ungewohnte Arzt ihm zunächst Misstrauen einflösst, und dass er — und das halte ich für einen sehr wichtigen Punkt — wenn er von auswärts kommt, durch die Eisenbahnfahrt oft angegriffen und erschöpft ist. Noch schwieriger ist die Beurtheilung von Unfallnervenkranken für den Sachverständigen vor dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung, wo neben all den angeführten Momenten auch noch das gerade für Leute mit niedrigerer Bildung so unangenehme Gefühl hinzukommt, vor Gericht zu stehen.

Alle diese Besonderheiten des Unfallnervenkranken erfordern daher in der Mehrzahl der Fälle eine genauere Beobachtung, bevor das endgiltige Gutachten über den Zustand und vor Allem über die Arbeitsfähigkeit abgegeben werden kann. Sie müssen beobachtet werden, losgelöst von den erwähnten äusseren Einflüssen, sie müssen ohne dieselben wiederholt untersucht werden können. Ueber diesen Punkt wird man sich wohl allgemein einig sein. Die Frage ist nur, wo diese Beobachtung am zweckmässigsten erfolgen soll?

Die Antwort ist zunächst sehr leicht: in einer Klinik oder einer Heilanstalt überhaupt. Aber in welcher Klinik?

In Frage kommen hier zunächst die psychiatrischen, mit einer Nervenabtheilung verbundenen Universitätskliniken, beides immer mit einander vereinigt, denn besondere Universitätsnervenkliniken mit Ausschluss von Geisteskrankheiten giebt es bis jetzt noch nicht. In der Mehrzahl der Fälle werden auch die Unfallnervenkranken in diese Anstalten gewiesen. Der unleugbare Nachtheil liegt aber darin, dass sie hier zusammen mit Geisteskranken sind, wenn auch vielleicht nicht räumlich, so doch ideell. Die tief — leider Gottes! — in dem Publikum wurzelnde Abneigung gegen die „Irrenklinik" macht sich bei den Unfallverletzten, die oft gegen ihren Willen in die Anstalt eingewiesen werden, erst recht bemerkbar. „Ich bin nicht verrückt", hört man immer und immer wieder sagen.

Immerhin werden die Berufsgenossenschaften eine grosse Anzahl Unfallnervenkranker solchen staatlichen Instituten überweisen, die ihnen die Garantie bieten, dass sie, unter der Leitung wissenschaftlich hochstehender Männer stehend, eine gute Beobachtung und ein wissenschaftlich gut fundirtes Gutachten ermöglichen. Ob sich die Unfallnervenkranken in den psychiatrischen Kliniken immer alle wohl fühlen, darüber Untersuchungen anzustellen ist nicht meines Amtes, ebensowenig, wie ich die Frage hier berühren möchte, ob nicht eventuell der Aufenthalt in einer unter allen Umständen psychopathisch geschwängerten Luft auf eine neuropathische Anlage ungünstig einwirken kann. Dass im Gegensatze hierzu thatsächliche Geistesstörungen im Anschluss an einen Unfall nur in eine psychiatrische Klinik gehören, braucht wohl nicht erst betont zu werden.

Die Neuropathologie ist heutigen Tages ein Stiefkind insofern, als sie keine rechte Heimath hat. Sie wird von zwei Seiten aus als Eigenthum reklamirt: von der Psychiatrie und von der inneren Medizin. Beide betrachten sie als Tochter und machen ihre Elternrechte geltend. Man könnte daher den erwähnten Nachtheilen der Irrenklinik entgehen und die Unfallnervenkranken auf die innere Abtheilung eines allgemeinen Krankenhauses legen. Ganz gewiss hat auch diese Art der Beobachtung in vielen Fällen ihre Berechtigung. Nur darf die Abtheilung nicht zu gross sein, weil sonst die genaue Beobachtung der Patienten nicht möglich ist. Unsere grossen Krankenhäuser aber, die unter der Leitung wissenschaftlich hochstehender Aerzte stehen, haben andere Aufgaben genug zu erfüllen, als sich der Beobachtung der schwierigen Unfallnervenkranken zu widmen, und hält man eine Umfrage unter den Direktoren, so wird man immer wieder hören, dass sie

einen derartigen Zuwachs ihrer Patienten nur ungern sehen, da ihnen neben der Beobachtung auch noch die mühsame und zeitraubende Pflicht der Begutachtung derselben obliegt.

Eine dritte Möglichkeit ist die, dass man die Patienten in Privatanstalten für Nervenkranke legt. In der That ist dieser Weg vielfach beschritten worden und wird immer wieder beschritten werden. Besonders erst in der Entwicklung begriffene Sanatorien begrüssen zunächst mit Freude die Unfallpatienten als erste Gäste. Aber einestheils fühlen sich erfahrungsmässig die Patienten selbst in diesen immer mit einer gewissen Eleganz und Komfort eingerichteten Häusern nie recht wohl, sie sind das „Milieu“ nicht gewöhnt, und anderntheils pflegen naturgemäss die Unfallpatienten später, wenn sich das Sanatorium allmählich mit Patienten aus den Kreisen, auf die es berechnet ist, füllt, etwas zurückgedrängt zu werden, denn auch der Leiter hat dann nicht mehr die genügende Zeit, sich um sie zu kümmern und betrachtet die Begutachtung als eine unwillkommene Vermehrung seiner Arbeitslast. Auch die pekuniäre Frage wird nicht zu umgehen sein: der Besitzer einer Privatheilanstalt kann unmöglich mit dem Satze, den die Berufsgenossenschaften zahlen können, auskommen, ohne finanziellen Schaden zu erleiden. Ein Ausweg, der neuerdings von einigen Seiten aus eingeschlagen worden ist, besteht darin, das eine zweite Klasse für Minderbemittelte und berufsgenossenschaftliche Patienten gegründet wird, welche von den anderen Insassen räumlich getrennt, in anderer Weise wirthschaftlich verwaltet wird. Inwieweit hierbei die nothwendige Beobachtungsmöglichkeit vorhanden ist, hängt von der Eigenthümlichkeit der betreffenden Anstalt ab.

Bisher ist nur auf die Beobachtung Rücksicht genommen worden, welche der Begutachtung als Grundlage dienen soll. Es liegt auf der Hand, dass die oben erwähnten Eigenthümlichkeiten der Unfallnervenkranken auch der Behandlung dieselben Schwierigkeiten entgegenstellen, wie die Begutachtung. Alle die Ausführungen über die Nachtheile der verschiedenen Kategorieen von Kliniken werden daher auch dann in Frage kommen, wenn es sich um Unterbringung eines Unfallnervenkranken zur Behandlung in eine Anstalt handelt. Doch wird hierüber später noch besonders zu reden sein. Den Hauptpunkt wird immer die Beobachtung bilden.

Ich komme nun zu dem Kernpunkte meiner Ausführungen:

Man kann nämlich allen Schwierigkeiten aus dem Wege gehen, wenn die Berufsgenossenschaften selbst die Gründung eigener Unfallnervenkliniken in die Hand nehmen. Diese Kliniken müssen aber, wenn sie ihren Zweck erreichen wollen, folgenden Anforderungen genügen:

1. Sie dürfen ausschliesslich Unfallnervenkranke aufnehmen unter Ausschluss von Geisteskranken.

2. Sie müssen in einer Weise hergerichtet sein, wie sie den Lebensgewohnheiten des Arbeiters entspricht, in Bezug auf Wohnung, auf Kleidung, auf Essen.

3. Sie müssen die Möglichkeit der unausgesetzten, zum Theil von den Patienten unbemerkten Beobachtung besitzen.

4. Sie müssen zum Zwecke der Beobachtung und Behandlung auf dem Prinzip der Arbeitsgelegenheit basirt sein.

5. Sie dürfen eine bestimmte Zahl von Patienten, etwa 30--40, nicht überschreiten.

6. Sie müssen mit allen modernen wissenschaftlichen Hilfsmitteln zur Untersuchung und Behandlung der Patienten versehen sein.

7. Der leitende Arzt muss finanziell an der Anstalt unbetheiligt sein! Die Gründe für diese Forderung liegen so auf der Hand, dass ich mir eine weitere Ausführung derselben wohl ersparen kann!

Auf Grund dieser Prinzipien ist nun das „Hermann-Haus“ entstanden, das von der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft gegründet, seit dem 1. Juli 1900 in Stötteritz bei Leipzig besteht und über dessen Einrichtung und bisherige zweijährige Wirksamkeit ich im Folgenden einen Bericht geben möchte. Die Anstalt steht für alle Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte, Ausführungsbehörden u. s. w. offen.

Für die Anstalt ist ein Haus käuflich erworben worden, das sich in vortrefflicher Weise zu den Zwecken der Unfallnervenklinik einrichten liess, einen grossen Garten hat und ausserdem durch seine Lage in einem fernen Vororte Leipzigs Garantie für bessere Luft und grössere Ruhe bietet, als es in der Grossstadt selbst möglich wäre. Der Garten stösst unmittelbar an weite Felder, diese wieder verlieren sich, ohne dass Häuser unmittelbar in der Nähe wären, in das grosse Terrain der Leipziger Völkerschlacht. Das Haus, an zwei Strassenbahnlinien gelegen, ist leicht von der Stadt und den Bahnhöfen aus zu erreichen und wird auf diese Weise doch der Segnungen der Grossstadt theilhaftig.

Die Klinik ist für 40 Patienten eingerichtet. Wir haben bereits als Maximum die Belegzahl von 37 Patienten gehabt, müssen aber auf Grund unserer Erfahrungen sagen, dass im Interesse einer genaueren Beobachtung die Zahl 25, höchstens 30 als Durchschnitt nicht überschritten werden sollte.

Die Einrichtung ist eine den Gewohnheiten der Insassen durchaus entsprechende, keine „schwellenden“ Polstermöbel und Teppiche, sondern freundliche helle Schlafzimmer mit einfachen Feldbetten und guten Matratzen, ein grosser Speisesaal, ein Kasino mit allerhand Zerstreuungsmitteln, Bildern, Büchern, Spielen, im Garten eine Kegelbahn. Die Kost ist, wie aus der am Ende dieser Mittheilung angefügten Kostordnung zu ersehen ist, einfach aber kräftig, sie ist sicher weit besser, als sie der Arbeiter sich zu Hause bieten kann, ohne aber auf Feinheiten oder Raffinements einzugehen, wie wir sie gewiss in Nervenheilanstalten für Patienten höherer Stände den Lebensgewohnheiten ihrer Patienten entsprechend, zu verlangen berechtigt sind. Die fast ausschliesslich nachzuweisende, oft ganz immense Gewichtszunahme unserer Patienten beweist jedenfalls, dass die Kost ihnen genehm ist.

In Bezug auf Getränk besteht völlige Alkoholabstinenz. Ich halte dies für eine sehr wichtige Bedingung für eine einwandsfreie Beobachtung. Denn erstens gelingt es auf diese Weise, manche Symptome als auf einem Alkoholabusus beruhend zu erkennen — und dass gerade bei uns in Mitteldeutschland der Schnapsgenuss eine so unheilvolle Rolle spielt, ist eine nur zu wahre Thatsache! —, und zweitens dient die Alkoholabstinenz als werthvolles Unterstützungsmittel für die Behandlung von Unfallnervenkranken. Unsere Patienten haben sammt und sonders die Abstinenz gut ertragen. Schwere Entziehungserscheinungen haben wir niemals beobachtet, einige Symptome dieser Art in den ersten Tagen kamen zwar häufiger vor, konnten aber immer bekämpft werden. Ich bin wegen der Einführung der Alkoholabstinenz vielfach angegriffen worden, nicht nur von Laien, sondern auch von Aerzten, bleibe aber doch auf meinem Standpunkte stehen, den ich für den richtigen halte. Die Patienten begrüssen selbstredend die Alkoholentziehung mitunter nicht gerade mit Freude, es werden von solchen, die schon in anderen Anstalten waren, in denen regelmässig alkoholische Getränke verabreicht werden, Vergleiche gezogen, die natürlich zu Ungunsten des Hermann-Hauses ausfallen mussten. Aber die Alkoholabstinenz ist auch

nur ein Theil der gewissen Disziplin, die in einer Anstalt wie der unsrigen durchaus herrschen muss, und in einer Privatanstalt aus begreiflichen Gründen in dieser Weise niemals herrschen kann und schliesslich finden sich auch unsere Patienten gutwillig in das Verbot.

Ausserdem ist das Verbot des Nikotingenusses eingeführt. Ich gebe zu, dass es gewiss einer Reihe von Patienten keinen Schaden bringen kann, wenn sie in mässiger Menge Zigarren oder Pfeifen rauchten. Anderen wieder wird man es verbieten müssen. Hier ist ein Mittelweg schwer einzuschlagen und so ziehe ich doch die gleichmässige Nikotinabstinenz vor. Toleranter sind wir bei Schnupfern und gelegentlich auch bei Priemern, obwohl beide Gewohnheiten auch nur selten bei uns vorkommen.

Die Patienten erhalten eigene Anstaltskleidung, welche, in gefälliger Art ausgeführt, auch den Verhältnissen der Jahreszeit durch die Möglichkeit des Wechsels Rechnung trägt. Ich erblicke in dieser uniformirenden Kleidung ein gewisses Mittel zur Unterstützung der Disziplin, abgesehen von den oft sehr ins Gewicht fallenden reinen Zweckmässigkeitsgründen.

Aufgenommen werden nur Nervenkranke unter Ausschluss von Geisteskrankeiten. Selbstredend lassen sich manche Uebergangsgzustände — Paralysen, Epilepsie etc. — nicht ganz ausschliessen, für diese Fälle ist ein besonderes Isolirzimmer vorgesehen. Schwere Fälle von Psychosen, die während des Aufenthaltes unvorhergesehen auftreten, werden sofort verlegt.

Von sonstigen Einrichtungen sei noch erwähnt, dass ein Assistenzarzt dauernd in der Anstalt wohnt, also jeder Zeit bereit ist, Hilfe zu leisten, sowie die bei Krampfanfällen und anderen plötzlichen Ereignissen nothwendigen Beobachtungen anzustellen. Die Stellung des Assistenzartes in einer solchen Klinik ist selbstredend zur Ausbildung in Unfallskrankheiten mit dem ganzen damit zusammenhängendem Verwaltungs- und Aktenwesen ausserordentlich geeignet und ich hoffe auf diese Weise einen tüchtigen Stamm von Aerzten erziehen zu können, denen später in der Praxis die Begutachtung und Behandlung von Unfallnervenkranken keine Schwierigkeiten mehr bereitet. Die Patienten werden täglich einmal, soweit nöthig auch zweimal, zur Visite zusammengerufen, indem jeder einzeln in das dazu bestimmte Dienstzimmer tritt und hier Gelegenheit hat, sich über sein Befinden auszusprechen, untersucht und berathen zu werden. Der dirigirende Arzt ist selbstredend auch täglich in der Anstalt anwesend und hat die Verpflichtung, jeden Insassen genau zu untersuchen und im Laufe der Zeit ihn kennen zu lernen, ihm liegt dann nach der Entlassung die wichtige Pflicht ob, das abschliessende Gutachten auszustellen. Diese Gutachten werden mit grosser Ausführlichkeit und Genauigkeit unter peinlichstem Studium der Akten und Berücksichtigung der für Jeden genau geführten Krankengeschichte ausgestellt.

An Personal haben wir einen Ober- und einen Unterwärter, von denen der letztere in der zweiten Etage, in der die Schlafsäle liegen, schläft, um Nachts sofort zur Hand zu sein und den Arzt benachrichtigen zu können, wenn sich etwas Ausserordentliches ereignen sollte.

Die Patienten haben sich in den Schlafsälen nur Nachts aufzuhalten, abgesehen selbstredend von direkt bettlägerigen Kranken, am Tage sind sie im Kasino oder im Garten und im Hof.

Um schliesslich noch die finanzielle Seite zu berühren, hebe ich hervor, dass der dirigirende Arzt, entsprechend der oben aufgestellten Forderung, einen fixirten Gehalt bezieht und im Uebrigen pekuniär unabhängig von der Berufsgenossenschaft ist. Die abschliessenden Entlassungsgutachten werden direkt von den betreffenden Genossenschaften an den ausstellenden Arzt honorirt.

Der Verpflegsatz beträgt pro Tag und Kopf M. 3,50, in welchen Preis Alles einbegriffen ist. Nebenausgaben bestehen in keiner Weise, höchstens für Rasiren und Haarschneiden, wofür der Betrag von uns einstweilen verlegt und von den Genossenschaften zurückerstattet wird.

Soweit die Einrichtungen der Klinik. Ich wende mich jetzt zu ihren Aufgaben.

Der Zweck der Klinik ist ein doppelter: sie soll eine genaue Beobachtung und eine entsprechende Behandlung von Unfallnervenkranken erzielen. Beides wird selbstredend oft mit einander vereinigt werden müssen.

Wenden wir uns zunächst zu der Beobachtung, deren Wichtigkeit eben ja genügend auseinandergesetzt worden ist.

Abgesehen von den immer wiederholten Untersuchungen der Patienten, die in aller Musse und Ruhe vorgenommen werden können, und für die wir mit allen wissenschaftlich nothwendigen Einrichtungen versehen sind, — ein noch vorhandenes pium desiderium, ein Röntgenkabinet, wird wohl auch mit der Zeit noch zur Verwirklichung gelangen! — bietet die besondere Einrichtung des Hauses reichliche Gelegenheit, unbemerkt sich von dem Thun und Treiben der Patienten zu überzeugen: von den Treppenfenstern aus, von den Zimmern des Personals und der Aerzte liegt der Garten und der Hof immer vor Augen und ausserdem ermöglicht die Schulung des Personals auch eine fortlaufende Beobachtung der Einzelnen in den Zimmern selbst.

Vor Allem erreichen wir aber eine genaue Beobachtung durch eine ganz besondere Einrichtung, dadurch, dass die Leute zur Arbeit angehalten werden und zwar soweit dies durchgeführt werden kann, in eigens dazu bestimmten Arbeitsstunden. Einestheils werden die Patienten täglich mit Arbeiten in Haus, Keller, Hof und Garten beschäftigt. Gelegenheit dazu ist immer reichlich vorhanden und ausserdem werden die einzelnen je nach ihren Fähigkeiten und ihrer körperlichen Beschaffenheit zu bestimmten Arbeiten kommandirt: so haben wir einen Küchen-, einen Kohlen„chef", einer hat die Bedienung des Motors, der das Wasser treibt, zu besorgen, einem anderen fällt die Reinigung der Tagesräume zu, wieder ein Anderer hat im Garten das Gemüse oder die Unkrautjätung unter sich und so wird Jedem ein zweckentsprechender Wirkungskreis geschaffen, bei dem er genau vom Personal und von den Aerzten beobachtet wird. Die regelmässige tägliche Registrirung der jeweiligen Arbeitsleistung durch den Oberwärter bildet eine werthvolle Grundlage für die Begutachtung.

Anderentheils haben wir aber auch richtige Werkstätten errichtet. In einigen Schuppen des Hofes befindet sich der Holzstall, wo regelmässig Holz, das wir von einer Firma in der Stadt erhalten, zerkleinert und aufgestapelt wird. Holzsägen und Holzhacken bilden sehr werthvolle Momente für die Beurtheilung der Arbeitsfähigkeit. Dann besitzen wir eine kleine Tischler- und eine kleine Schlosserwerkstatt und haben auch das Nöthigste zum Lackiren und Anstreichen. Alle Werkstätten sind mit den nothwendigsten Werkzeugen versehen. Als Gegenstände dienen vor Allem die zahlreichen Reparaturen an Mobiliar und im Hause selber, die bei einem grösseren Betriebe ja nie ausbleiben oder es werden direkt neue Sachen aus den von der Anstalt eingekauften Materialien gefertigt: Schränke, Stühle, Haken u. s. w. Selbstredend werden in den Werkstätten vorzugsweise diejenigen Verletzten beschäftigt, in deren Fach die betreffende Werkstatt gehört, indessen haben

wir schon manches „Universalgenie" gehabt, das sich in allen Fächern bewandert zeigte!

Unsere Erfahrungen mit der Arbeitsthätigkeit sind durchaus gute. Nur ganz selten stiessen wir auf Widerstand und diesen konnten wir fast immer beseitigen durch freundliches, aber bestimmtes Hinweisen auf die Nothwendigkeit, uns Gelegenheit zu geben, uns von der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Wird schliesslich wirklich einmal absoluter passiver Widerstand entgegengesetzt, so verzichten wir auf die Arbeit, aber führen dann in dem Schlussgutachten dieses Moment als ein für den Kranken höchst ungünstiges Moment genügend ins Feld. Sehr oft konnten wir direkt ein Erwachen des Ehrgeizes erkennen, die Leute versuchten einander den Rang abzulaufen in ihren Fähigkeiten.

Vor Allem aber sind sie beschäftigt, und das ist eine grosse Hauptsache, denn die Gefahr der Langeweile und damit die Versuchung, auf unnütze Gedanken zu kommen, ist sicher vorhanden und darf nicht verkannt werden. Davon soll weiter unten noch die Rede sein.

Entgelt für die Arbeit haben wir nicht eingeführt. Ich halte die Bezahlung für ein zweischneidiges Schwert. Erstens, wer soll sie leisten? Der Genossenschaft kann man es nicht zumuthen! Zweitens wird durch das Geld nothwendiger Weise die Begehrlichkeit gesteigert und damit einem verderblichen Ehrgeiz Thür und Thor geöffnet. Wir haben auch noch niemals von Seiten der Verletzten den Gedanken auftauchen sehen, dass sie bezahlt werden wollten. Die Leistungen erfolgten immer auch ohne Entgelt genau so, als wenn sie für Lohn geschähen.

Die zweite Aufgabe der Klinik ist die direkte Behandlung der Patienten. Sie ist zunächst selbstredend oft von der Beobachtung gar nicht zu trennen, und bildet zum Theil ja direkt einen Theil der Beobachtung selber, indem man die Reaktion der Patienten auf die eingeschlagenen Heilmethoden studirt, vor Allem bei solchen, die einfach nicht geheilt werden wollen aus Furcht, die Rente könnte dadurch erheblich verkürzt werden. Ausserdem halten wir streng darauf, dass jedem Patienten, auch denjenigen, die nur zur Beobachtung eingewiesen sind, eine Behandlung irgend welcher Art zu theil wird, denn es ist den Leuten nicht klar zu machen, dass sie in einer Klinik nur zur Beobachtung sein können, ohne behandelt zu werden. Abgesehen davon haben wir aber auch immer eine Anzahl Patienten, die direkt zum Zwecke des Heilverfahrens uns zugeschickt worden sind. Für alle diese Fälle haben wir Einrichtungen, die uns die Behandlungen der Nervenkranken nach den Grundsätzen der modernen Therapie erlauben: Wasser, Elektrizität, Mechanotherapie, wenigstens soweit dieselbe für uns in Betracht kommt, Massage u. s. w., von der medikamentösen Behandlung, von der wir im Allgemeinen keinen grossen Gebrauch machen, ganz abgesehen.

Auch die beschriebenen Arbeitsgelegenheiten dienen selbstredend unmittelbar zur Behandlung. Bildet doch die körperliche Arbeit oft das beste Mittel, um gewisse hypochondrische Vorstellungen, eingewurzelte Vorurtheile u. s. w. zu bekämpfen und mit vollem Recht nimmt die Beschäftigungstherapie in dem Heilplan unserer Nervensanatorien einen immer grösseren Raum ein. Freilich darf bei unseren Unfallpatienten nicht die grosse Schwierigkeit übersehen werden, die in ihrem oft vorhandenen mangelhaften Willen liegt, überhaupt gesund zu werden, woran jede Therapie einfach scheitern muss! Davon wird am Schluss nochmals die Rede sein.

Noch ein Wort über die psychische Behandlung unserer Patienten. Ihre besonderen, oben genauer geschilderten Eigenthümlichkeiten bringen es mit sich, dass der Verkehr mit ihnen öfters nicht ganz leicht ist. Hat man es doch bei den meisten mit Begehrungsvorstellungen zu thun, welche zur Uebertreibung von Beschwerden führen müssen. Die Schwierigkeit wächst noch dadurch, dass, wie oben erwähnt, die Beschwerden in der Mehrzahl der Fälle subjektiver Natur sind und eines objektiven Nachweises entbehren. Da ist es nicht immer ganz leicht, täglich dieselben Klagen anhören zu müssen, von deren Berechtigung man oft nicht überzeugt ist. Jedoch haben wir es uns zur Pflicht gemacht, allen Patienten mit gleichmässiger Freundlichkeit zu begegnen und auf jede ihrer Klagen einzugehen. Ich halte es nicht für richtig den Patienten gegenüber eine Kritik über die Berechtigung ihrer Klagen auszuüben. Das verstimmt sie genau so wie jeden Nervenkranken und sie verlieren sofort das Vertrauen zum Arzte, wenn sie sehen, dass derselbe ihnen ihre Beschwerden nicht glauben will. Die vielfachen Klagen werden angehört, registrirt in den Krankengeschichten und finden ihre Verwendung erst in dem Schlussgutachten. Hier ist der Platz, eine Kritik an ihnen auszuüben. Im Allgemeinen können wir nur hervorheben, dass wir mit unseren Leuten immer sehr gut ausgekommen sind. Freilich kam es auch mitunter vor, dass direkte Unbotmässigkeiten und Widersetzlichkeiten eine sofortige Entlassung aus der Anstalt im Interesse der Disziplin nothwendig machten, indessen sind diese Fälle nur höchst vereinzelte gewesen. Auch sie bilden aber ein ganz werthvolles Moment in der Kette der Beobachtungen.

Soweit die Prinzipien und die Einrichtung der Anstalt. Ueber ihren Besuch in den ersten beiden Jahren ihres Bestehens giebt die folgende Tabelle Aufschluss:

Das „Hermann-Haus" ist in den ersten beiden Jahren seines Bestehens mit 465 Patienten belegt gewesen, auf welche insgesammt 13 652 Verpflegungstage entfallen, durchschnittlich 29 pro Patient.

Die Belegzahl schwankte zwischen 3 und 37 als den beiden äussersten Extremen und betrug auf den Durchschnitt beider Jahre berechnet pro Tag 19.

Auf die einzelnen Monate vertheilen sich die Aufnahmen folgendermassen:

1900:	Juli	15	1901:	Juli	22
	August	26		August	15
	September	15		September	23
	Oktober	29		Oktober	30
	November	12		November	29
	Dezember	8		Dezember	18
1901:	Januar	15	1902:	Januar	31
	Februar	17		Februar	31
	März	11		März	14
	April	26		April	14
	Mai	21		Mai	19
	Juni	17		Juni	7

Zugewiesen haben:

1. Sächsische Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu Dresden . . 86
2. Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-B.-G. zu Leipzig . 76
3. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Leipzig 54
4. Sektion II der Sächsischen Baugewerks-B.-G. zu Leipzig . . 51
5. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Chemnitz . . . 15
6. Land- u. forstwirthsch. B.-G. f. d. Königr. Sachsen z. Dresden 9
7. Sektion II der Sächsischen Baugewerks-B.-G. zu Zwickau . 8
8. „ „ VII „ Knappschafts- „ „ „ . 8
9. Zucker-Berufsgenossenschaft zu Magdeburg 7
10. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Dresden 7
11. „ „ „ „ Bautzen 6
12. Thüringische Landes-Versicherungsanstalt zu Weimar . . . 6
13. Sektion I der Sächsischen Baugewerks-B.-G. zu Dresden . 6
14. „ VI „ „ „ „ Gera . . . 6
15. Landes-Versicherungsanstalt Königreich Sachsen zu Dresden . 6
16. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Köln am Rhein . 6
17. Tiefbau-Berufsgenossenschaft zu Wilmersdorf bei Berlin . . 5

18.	Sektion XVII der Müllerei-Berufsgenossenschaft zu Dresden	5
19.	Königliche Eisenbahn-Direktion zu Halle a. S.	5
20.	Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Zwickau	5
21.	Sekt. IX der Speditions-, Speicherei- u. Kellerei-B.-G. z. Leipzig	4
22.	„ I „ B.-G. der Musikinstrumenten-Industrie „ „	4
23.	„ IV „ Töpferei-Berufsgenossenschaft zu Dresden	4
24.	„ VII „ Norddeutschen Holz-B.-G. zu Magdeburg	4
25.	„ III „ Nordd. Edel- u. Unedelmetall-Ind.-B.-G. z. Dresden	4
26.	Strassenbahn-Berufsgenossenschaft zu Berlin	4
27.	Königliche Forsteinrichtungsanstalt zu Dresden	3
28.	Königliches Landes-Versicherungsamt zu Dresden	3
29.	Sektion VIII der Brauerei- u. Mälzerei-Berufsgen. zu Leipzig	3
30.	Reichs-Versicherungsamt zu Berlin	3
31.	Sächsische Holz-Berufsgenossenschaft zu Dresden	3
32.	Sächsische Textil- „ „ Leipzig	3
33.	Sektion VII der Steinbruchs-Berufsgenossensch. zu Dresden	3
34.	„ IV „ Sächs. Baugewerks- „ „ Chemnitz	2
35.	Königliche Eisenbahn-Direktion zu Kattowitz	2
36.	„ Intendantur des 8. Armee-Korps zu Coblenz	2
37.	„ Generaldirektion d. Sächs. Staatseisenb. z. Dresden	2
38.	Bekleidungsindustrie-Berufsgenossenschaft zu Berlin	2
39.	Sekt. VII d. Deutsch. Buchdruck.-Berufsgenossensch. z. Leipzig	1
40.	„ IV der Leinen-Berufsgenossenschaft zu Harburg a. E.	1
41.	„ XXVIII d. brandenburg. landwirthsch. Berufsgen. zu Soldin	1
42.	„ VII der Rhein.-Westf. Hütten u. Walzwerks- „ zu Bochum	1
43.	„ II „ Tabaks-Berufsgenossenschaft zu Leipzig	1
44.	„ XXX der Fuhrwerks- „ „ „ „	1
45.	„ V d. Rhein.-Westf. Baugewerks-Berufsgenoss. z. Köln a. Rh.	1
46.	„ IV „ „ „ Maschinenb. u. Kleineisenind.- „ „ Düsseldorf	1
47.	Bergschiedsgericht zu Freiberg	1
48.	Norddeutsche Holz-Berufsgenossenschaft zu Berlin	1
49.	Sekt. VII d. Nordwestl. Eisen- u. Stahl-Berufsgenoss. zu Dessau	1
50.	„ I „ „ „ „ „ „ z. Hannover	1
51.	Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Hamburg	1
52.	„ „ „ „ Eisenach	1
53.	Sekt. XXXIII d. brandenb. landwirthsch. Berufsgen. zu Templin	1
54.	Königliches Feuerwerks-Laboratorium zu Spandau	1
55.	Betriebskrankenkasse der Sächsisch. Staatseisenb. z. Dresden	1
56.	Privatbahn-Berufsgenossenschaft zu Lübeck	1
57.	Sekt. I d. Nordöstlich. Baugew.-Berufsgenossensch. zu Berlin	1
58.	Königliche Intendantur des 17. Armee-Korps zu Danzig	1
59.	Sekt. IV d. Knappschafts-Berufsgenossenschaft zu Halle	1
60.	„ III „ Berufsgenossenschaft d. Feinmechanik zu Dresden	1
61.	„ V „ Sächsisch. Baugew.-Berufsgenossensch. „ Bautzen	1
62.	Knappsch.-Krankenk. d. Leipzig. Braunkohlenwerke z. Kulkwitz	1
63.	Königliche Wasserbauinspektion zu Tangermünde	1
64.	Sekt. III d. Magdeb. Baugewerks-Berufsgenossensch. z. Dessau	1
65.	Arbeiterpensionskasse d. Sächs. Staatseisenbahnen z. Dresden	1
66.	Fleischerei-Berufsgenossenschaft zu Mainz	1
67.	Landw. Berufsgen. f. d. Prov. Sachsen (Kreisaussch.) z. Naumburg	1
68.	Internationale Unfallvers.-Aktienges. zu Wien, Filiale Leipzig	1
69.	Haftpflicht-Versicherungsgen. sächsisch. Landwirthe z. Dresden	1
70.	Sekt. IX der Papiermacher-Berufsgenossensch. zu Chemnitz	1
71.	„ VI „ Ziegelei- „ „ „ Dresden	1

Die 465 Patienten litten an folgenden Krankheiten:

1.	Hysterie (traumat. Neurose)	202
2.	Commotio cerebri	92
3.	Schädelbruch mit sekundären nervösen Störungen	22
4.	Epilepsie	22
5.	Wirbelsäulenkontusion	13
6.	Schädelkontusion	13
7.	Neuritis	13
8.	Progressive Paralyse	12
9.	Schwachsinn	12
10.	Brustkontusion	7
11.	Peripherische Lähmungen	7
12.	Isolirte Lähmung cerebraler Nerven	6
13.	Rückenmarkserschütterung	5
14.	Hemiplegie	4
15.	Muskelzerrung	3
16.	Multiple Sklerose	3
17.	Wirbelsäulenbruch	2
18.	Altersschwachsinn	2
19.	Alkoholismus	2
20.	Rheumatismus	2
21.	Tabes dorsalis	2
22.	Rückenmarkblutung	1
23.	Elephantiasis	1
24.	Sehnenkontraktur	
25.	Gehirn-Thrombose	1
26.	Hirnblutung	1
27.	Lungentuberkulose	1
28.	Wirbelsäulenentzündung	1
29.	Ischias	1
30.	Progressive Muskelatrophie	1
31.	Dupuytren'sche Kontraktur	1
32.	Knochentuberkulose	1
33.	Augenverletzung	1
34.	Myocarditis	1
35.	Morbus Basedowii	1
36.	Altersbeschwerden	1
37.	Handverletzung	1
38.	Armbruch	1
39.	Herzmuskelzerrung	1
40.	Paralysis agitans	1

Zur Information lasse ich ausserdem die Haus- und Kostordnung folgen.

Hausordnung

1. Jeder ins „Hermann-Haus" eintretende Kranke hat alle seine Kleider, Wäsche und Werthgegenstände, ausgenommen Uhren und dergl. an den Oberwärter abzugeben. Es ist insbesondere streng untersagt, Geld zurückzubehalten.

Das über die abgegebenen Sachen aufzunehmende Verzeichniss wird von dem betreffenden Kranken mitunterschrieben. Bei der Entlassung ist von dem Kranken zu bescheinigen, dass er alle abgegebenen Gegenstände zurückerhalten hat.

2. Der Genuss von Alkohol und Tabak ist im Interesse der Kranken strengstens verboten. Zuwiderhandlungen gegen diese Bestimmung ziehen die sofortige Entlassung nach sich.

3. Allen ärztlichen Anordnungen, besonders in Bezug auf Behandlungen, sowie den Weisungen des Oberwärters ist genaueste Folge zu leisten.

Die angeordneten Arbeiten sind pünktlich auszuführen. Jede andere Beschäftigung während der vorgeschriebenen Arbeitsstunden ist untersagt.

4. Vor Ablauf der ersten 14 Tage wird, besondere Fälle ausgenommen, kein Urlaub gewährt. Ueber Urlaubsgesuche entscheidet der Chefarzt.

Besuch der Kranken darf Mittwochs und Sonntags von 2—4 Uhr in den dazu bestimmten Räumen empfangen werden, ausser dieser Zeit nur mit Genehmigung des Arztes.

Das Betreten der Krankenzimmer und des Gartens ist den Besuchern nur mit besonderer Erlaubniss gestattet.

Das Mitbringen von Nahrungsmitteln jeder Art, sowie von Tabak und alkoholischen Getränken ist streng verboten und hat die Ausschliessung von weiteren Besuchen zur Folge.

5. Jeder Kranke ist, soweit es sein körperlicher Zustand erlaubt, verpflichtet, sein Bett zu machen, sein Waschgeschirr zu entleeren und zu säubern, sowie gemeinschaftlich mit den Zimmergenossen bis zur ärztlichen Morgenrunde für Reinigung und Ordnung des Zimmers zu sorgen.

6. Das Oeffnen der Hausthüren ist den Kranken verboten, ebenso der Aufenthalt auf den Korridoren des Erdgeschosses, den Treppen und in der Küche, sowie jeder unnütze Aufenthalt in den Schlafzimmern während des Tages.

7. Die Kranken stehen im Sommer (vom 1. April bis 30. September) um 6 Uhr, im Winter (vom 1. Oktober bis 31. März) um 7 Uhr auf.

1. Frühstück um $6^1/_2$, resp. $7^1/_2$ Uhr,
2. Frühstück um $9^1/_2$ Uhr,
Mittag um $12^1/_2$ Uhr,
Vesper um $3^1/_2$ Uhr,
Abendbrot um $7^1/_2$ Uhr.

Die Mahlzeiten werden gemeinschaftlich im Esssaal eingenommen; auf den Zimmern darf nur nach besonderer ärztlicher Bestimmung gegessen werden.

Nicht genossene Speisen dürfen nicht in den Zimmern, Oefen und dergl. aufbewahrt werden, sind vielmehr in die Küche zurückzugeben.

Um 9 Uhr hat sich jeder Kranke in sein Schlafzimmer zu begeben, um $^1/_4$10 Uhr ist in allen Krankenzimmern das Licht zu löschen.

8. Bei Nachts eintretenden plötzlichen Erkrankungen oder sonstigen Zufällen ist zunächst der im II. Stockwerk schlafende Wärter zu benachrichtigen.

9. Das Portó für die von den Kranken geschriebenen Briefe und dergl. trägt verlagsweise die Anstalt. Die Kranken haben sich mit Wünschen um Marken und dergl. an die Verwaltung zu wenden.

10. Alle Beschwerden sind beim Haus- oder Chefarzt anzubringen.

Kostordnung

Jeder ins „Hermann-Haus" aufgenommene Kranke erhält täglich:

Zum 1. Frühstück: 10 Gramm Kaffee, 0,1 Liter Milch oder nur Milch nach ärztlicher Verordnung, 140 Gramm Semmel, 20 Gramm Butter und 20 Gramm Zucker.

Zum 2. Frühstück: 220 Gramm Brot, 20 Gramm Butter und 80 Gramm Wurst oder 80 Gramm kaltes Fleisch oder Bückling oder 80 Gramm Käse oder 2 gekochte Eier.

Mittags: Entweder 200 Gramm Rindfleisch oder 225 Gramm Schweinefleisch oder 250 Gramm Hammelfleisch, gekocht; 400 Gramm Spinat oder Kraut mit 300 Gramm Kartoffeln oder 200 Gramm Reis, Graupen oder Nudeln;

oder $^1/_4$ Liter Suppe, 200 Gramm Rindfleisch oder 225 Gramm Schweinefleisch oder 250 Gramm Kalb- oder Hammelfleisch, gebraten, oder 250 Gramm Fisch mit Sauce, 75 Gramm Hülsenfrüchten oder 300 Gramm Kartoffeln und 50 Gramm Kompot oder Salat;

in heissen Tagen $^1/_4$ Liter Fruchtlimonade.

Nachmittags: 10 Gramm Kaffee, 0,1 Liter Milch, oder nur Milch nach ärztlicher Verordnung, 140 Gramm Semmel oder 150 Gramm Brot, 20 Gramm Butter und 10 Gramm Zucker.

Abends: $^1/_4$ Liter Suppe, 200 Gramm Brot, 20 Gramm Butter und 125 Gramm Wurst oder 125 Gramm kaltes Fleisch oder 2 Eier und Gurke.

Der Schluss meiner Mittheilungen führt mich zu ihrem Anfange zurück. Ich habe Eingangs die Nothwendigkeit für die Begründung eigener Unfallnervenkliniken darzulegen versucht und den Weg gezeigt, den man gehen kann, und den wir gegangen sind. Dass die Gründung unserer Klinik von einem gewissen Erfolge bisher begleitet gewesen ist, geht wohl aus den eben mitgetheilten Zahlen und aus der geographischen Ausdehnung in Bezug auf die Heimath ihrer Insassen hervor. Immerhin bin ich mir vollkommen bewusst, dass die Sache zunächst ein Versuch ist, der der Unterstützung nicht nur der Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte u. s. w. bedarf, sondern auch vor Allem der Unterstützung Seitens der Kollegen. Und dieser letztere Punkt führt mich noch zu einer kurzen Betrachtung.

Es ist eine in den kollegialen Kreisen, welche viel mit Unfallsachen zu thun haben, weit verbreitete Ansicht, dass Unfallkliniken, wie die unsrige, nicht nur unnöthig, sondern sogar schädlich wären, weil sie eine Hochschule bildeten für die Hysterie und die Patienten sich gegenseitig nur ungünstig beeinflussten, von einander lernten u. s. w. Erst kürzlich hat noch Bruns in seiner sonst vorzüglichen Darstellung der traumatischen Neurosen in Nothnagels Handbuch gesagt, — pag. 120 — „dass eine Krankenhausbehandlung in Fällen eingewurzelter Neurosen fast nie etwas nützt; mag das Krankenhaus auch mit den neuesten mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Einrichtungen versehen sein. Die Kranken werden hier meistens nur verstimmter und renitenter und lernen von anderen Unfallskranken allerhand Dinge, die ihnen besser verborgen bleiben; sie wollen ja gar nicht wieder gesund werden."

Ich kann dieser Anschauung auf Grund meiner Erfahrungen nicht ganz beipflichten. Gewiss verkenne ich absolut nicht die grosse Gefahr, welche in der gegenwärtigen Beeinflussung der Kranken liegt. Dass dies der schwierigste Punkt ist, auf den bei der Leitung einer Unfallnervenklinik am meisten Acht gegeben werden muss, ist mir völlig klar. Aber ich bestreite, dass die Patienten in Unfallkliniken meist nur verstimmter und renitenter werden. Das kommt eben ganz auf die Art der Klinik an. In einem grossen Krankenhaus, sich selbst überlassen, ohne ein tägliches, persönliches Eingehen der Aerzte auf ihre Beschwerden, werden sie oft allerdings renitent und verstimmt. Aber deswegen trete ich eben gerade für die Gründung von Unfallnervenkliniken ein! Wenn, wie bei uns, die ganze Anstalt nur auf den einen Zweck zugeschnitten ist, wenn vor Allem das Prinzip der Arbeit hoch gehalten wird, glaube ich nicht, dass man den obigen Satz in seiner Allgemeinheit bestehen lassen darf. Ausnahmen wird es zwar immer geben. Dass ein böswilliger Mensch die ganzen Mitpatienten verderben kann, haben wir auch schon erfahren und es sind zum Theil schwere Tage gewesen, die wir in dieser Beziehung haben durchmachen müssen. Aber dann hilft immer die Entlassung des Betreffenden als Radikalmittel sofort und die Ruhe ist wieder hergestellt. Solche Fälle sind aber thatsächlich Ausnahmen. Ich wiederhole, dass die Renitenz bei uns zu den allergrössten Seltenheiten gehört. Dass ferner die Kranken von einander allerhand sehen und lernen, was sie dann zur Erhöhung ihrer Beschwerden benützen können, ist auch richtig, obwohl diese Furcht meiner Ansicht nach sehr übertrieben wird. Die geriebenen Unfallnervenkranken lernen bei jeder Untersuchung etwas, es giebt unter ihnen Meister ihres Faches, die nie in Anstalten gewesen sind, diese allein thun es also auch nicht. Und wenn schliesslich der Gründung von Unfallnervenkliniken entgegengehalten wird, dass die Kranken gar nicht gesund werden wollen, so ist das ja an und für sich eine recht traurige, wenn auch leider wahre Thatsache. Sie darf uns aber nicht abhalten, dafür zu sorgen, soweit es in dem Bereich menschlicher Macht überhaupt liegt, die Bedingungen zur Behandlung von Unfallnervenkranken so günstig als möglich zu gestalten.

Man unterschätze doch ja nicht die grossen Vortheile der klinischen Behandlung von Unfallnervenkranken, nicht nur für diese selbst, sondern auch für die Berufsgenossenschaften, denn auch für diese hat der Arzt zu sorgen! Nicht nur auf die Einrichtungen der Klinik kommt es an, massgebend ist vor Allem der psychische Einfluss eines ruhigen, gerecht denkenden Arztes! Dass oft das Resultat an dem mangelnden guten Willen scheitert, darf nicht muthlos machen. Der Nervenarzt lernt sehr früh Resignation in Bezug auf Heilerfolge, die an äusseren Umständen scheitern. Der Erfolg ist oft doch vorhanden, nur ist er ein indirekter.

Wir haben eine Reihe von Fällen beobachtet, in denen nach der Entlassung aus der Klinik bei bisheriger jahrelanger Arbeitsunthätigkeit doch wieder die Arbeit aufgenommen wurde, weil wir genau feststellen konnten, dass der Betreffende thatsächlich zur Arbeit bei uns fähig war und dies

in dem Gutachten unumwunden ausgesprochen hatten. Die Genossenschaft setzt daraufhin die Rente herab und der Verletzte, der nun gezwungen ist, sich wieder zu beschäftigen, ist auch wieder im Stande zu arbeiten! Wie wäre dieses Resultat auf andere Weise erzielt worden als durch die Beobachtung in einer direkt den Unfallzwecken dienenden Klinik mit ihren Einrichtungen! Es kommt also immer auf die Art der Klinik an. Man lasse daher das alte Vorurtheil fahren, dass Unfallnervenkliniken schlechte Einflüsse auf ihre Insassen haben müssten. Zu meiner Freude hat Laquer neuerdings (Therapie der Gegenwart, Juni 1902) versucht, unter direktem Hinweis auf das Hermann-Haus dieser Ansicht etwas entgegengetreten. Versuche man es doch mal mit einer Reihe derartiger Gründungen. Der Anfang ist gemacht; wir betrachten uns gern als Pioniere und wollen den Pfad suchen helfen! Dazu bedürfen wir aber der dauernden Unterstützung der Kollegen, besonders derjenigen, welche ein gewichtiges Wort mitzureden haben durch ihre Gutachten und ihren Einfluss auf die Berufsgenossenschaften. Sollte es mir gelungen sein, die noch unseren Zwecken fernstehenden Kreise wenigstens für die Begründung besonderer Unfallnervenkliniken im Allgemeinen und für unser Hermann-Haus im Speziellen etwas interessirt zu haben, so würde ich das als das Ziel betrachten, das ich mit meinen Ausführungen erreichen wollte.

Ueber das Verhältniss zwischen richterlicher Entmündigung und polizeilicher Unschädlichmachung von partiell Verrückten mit Verfolgungswahn.

Von

Professor **Rieger**-Würzburg.

(Schluss.)

Das zweite Gutachten, das über den Lehrer, ist folgendes:

Die gestellte Frage muss in folgende Unterfragen zerlegt werden:

Erstens: Ist S. überhaupt geisteskrank? oder geistesschwach?

Falls diese Frage verneint werden müsste, so wäre eine weitere Frage gegenstandslos.

Falls sie aber bejaht werden müsste, so wäre die weitere Frage:

Zweitens: Ist diese Geisteskrankheit oder Geistesschwäche auch derart, dass S. deswegen seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?

Zu der ersten Frage ist Folgendes zu sagen:

Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass in der ganzen Welt, immer wenn S. von einem sachverständigen Irrenarzt begutachtet würde, ein solcher sich dahin ausspräche:

Er leide an Paranoia in der Form des Verfolgungs-Wahns.

Auch ich kann zu keinem andern Ergebniss kommen. Es ist für einen Sachverständigen unmöglich, dasjenige, was in dem Akt enthalten ist, und dasjenige, was er mir direkt erzählt hat, anders aufzufassen als so:

dass seine Klagen, über Bürgermeister, Pfarrer u. s. f., die Klagen eines Menschen seien, der von den Ideen des Verfolgungswahns beherrscht wird. Ueber diesen Punkt besteht so völlige Uebereinstimmung in allen den Aktenstücken, welche in Betracht kommen, dass eine weitere ausführliche Begründung überflüssig ist. Dass er aus diesem Grunde im Oktober 1900 zwangsweise pensionirt worden ist, dies wird gleichfalls von jedem Sachverständigen als eine, durchaus gerechtfertigte und dringend gebotene, Massregel bezeichnet werden müssen. Denn ein paranoischer Lehrer mit Verfolgungs-Wahnideen ist geradezu eine öffentliche Gefahr für die Schule. Ebenso werden auch alle sachverständigen Beurtheiler darin übereinstimmen, dass, wenn er, in unmittelbarer kausaler Abhängigkeit von seinem Verfolgungs-Wahn, Beleidigungen und Drohungen ausstösst, in dieser kriminalistischen Hinsicht § 51 Str. G. B. auf ihn Anwendung finden muss, in welcher Weise auch thatsächlich verfahren worden ist.

Es wäre etwas Anderes, wenn er Delikte begangen hätte, die mit seinem Verfolgungswahn nicht in einem kausalen Zusammenhang stünden. Von solchen ist jedoch in dem Akt keine Spur zu finden. Es muss dieser Punkt aber deshalb hervorgehoben werden, weil er kein solcher Geisteskranker ist, bei dem, wegen völligen Mangels der subjektiven Voraussetzungen eines strafrechtlichen Verfahrens, — überhaupt und von vornherein klar sein müsste: dass er niemals Objekt der Kriminal-Justiz sein könnte. Seine Geisteskrankheit ist vielmehr in wesentlichem Grade partieller Natur; und wenn er z. B. ein Eigenthums-, Sittlichkeits- und dergleichen Delikt begangen hätte, von welchem man sagen müsste: dass eine kausale Beziehung zu seinem Verfolgungswahn nicht behauptet werden könnte; so könnte in diesem Fall die Frage der Anwendbarkeit des § 51 Str. G. B. wohl auch verneint werden. Wie gesagt, stand aber Derartiges bei ihm nie in Frage. Sondern er ist im Uebrigen durchaus nicht kriminell geworden; und die Konflikte, in die er mit dem Strafgesetz gerathen ist, sind ausschliesslich solche, dass sie gesetzt werden müssen in unmittelbare kausale Abhängigkeit von seinem Verfolgungswahn: nämlich lediglich Beleidigungen und Drohungen gegen Diejenigen, die er, vermöge seines Verfolgungswahnes, für seine Feinde, für Meineidige u. s. w. hält.

Gegen die Auffassung: dass er an Paranoia mit Verfolgungswahn leidet, welche Auffassung durch den ganzen übrigen Akteninhalt und alle bisherigen ärztlichen Aussagen auf das Stärkste gestützt wird, können die Aussagen derjenigen Zeugen, welche ihn für geistig gesund erklären, nicht in das Gewicht fallen. Denn durch diese Aussagen wird lediglich bewiesen, was auch so schon selbstverständlich ist: dass er an blos partieller Verrücktheit leidet; und dass er, insoweit als sein Verfolgungswahn nicht in Betracht kommt, ein ganz intelligenter Mann ist.

Wenn also der Zeuge A. unter Eid sagt:

„Ich kann über seinen Geisteszustand, trotzdem ich Nachbar von ihm bin, nichts angeben";

so braucht man nicht nothwendiger Weise anzunehmen, dass diese beeidigte Zeugenaussage lediglich zu halten wäre für eine solche, in welcher die Hauptsache, etwa aus Angst vor dem gefährlichen Nachbar S., wissentlich verschwiegen wäre. Sondern der Nachbar kann in der That von seiner partiellen Verrücktheit nichts gemerkt haben. Und dies ist um so eher möglich, weil der Zeuge sagt:

„Mein Verkehr mit ihm hat sich bis jetzt auf die üblichen Begrüssungen und kurze Worte beschränkt."

Ganz das Gleiche gilt von der Zeugenaussage des Nachbars J., die gleichfalls unter Eid geschehen ist. Auch dieser sagt:

„Ich bin sein Nachbar, aber ich habe mich nie länger mit ihm unterhalten. Ich habe ihn immer für ganz vernünftig gehalten."

Durch alle solche Aussagen wird lediglich bewiesen, was auch sonst schon zweifellos ist: dass er, im Allgemeinen und in seinem ganzen Benehmen, nicht den Eindruck eines Geisteskranken macht; und dass auch seine Intelligenz, so weit sie nicht von seinem Verfolgungswahn gestört wird, eine normale

ist. Und deshalb kann auch der beeidigte Zeuge P. bona fide die Aussage gemacht haben:

„Ich bin häufiger mit ihm zusammengetroffen, kann aber nicht sagen, dass ich aus seinen Gesprächen entnommen hätte, dass sein Geisteszustand nicht normal wäre."

Auch allen übrigen Zeugenaussagen kann ich, bei kritischer Erwägung aller Umstände, nichts Anderes entnehmen als dieses: dass er immer dann für geistig gesund gehalten werden kann, wenn sein Verfolgungswahn sich nicht äussert. Und dies steht völlig im Einklang mit den Beobachtungen, die ich selbst an ihm gemacht habe während der 14 Tage seines Aufenthaltes in meiner Klinik. Während dieser Zeit hat er, bei eingehenden Besprechungen, stets in gleicher Weise seine Verfolgungs-Wahnideen geäussert gegenüber von dem Bürgermeister und dem Pfarrer. Er hat sich auch schriftlich darüber geäussert, dass dies seine Feinde seien, und dass sie ihn immer verfolgt haben. In diesem Punkte ist er unzugänglich gegen jeden Einwand; und wie einerseits nach dem Akteninhalt offenbar und zweifellos ist, dass diese Ideen von Feindschaft und Verfolgung lediglich auf einer Fälschung der Wirklichkeit beruhen, dass thatsächlich ihn Niemand verfolgt hat; so kann andrerseits wohl auch nicht daran gezweifelt werden, dass es sich handelt um die krankhaften Einbildungen eines Paranoischen, und nicht etwa blos um bewusste lügnerische Behauptungen eines geistig gesunden Menschen. Abgesehen von diesen Verfolgungs-Wahnideen hat er sich aber durchaus verständig gezeigt. —

Ich beantworte deshalb die erste Frage:

Ist er überhaupt geisteskrank? oder geistesschwach?

in Uebereinstimmung mit dem ganzen Akteninhalt und mit allen bisherigen ärztlichen Aussagen, dahin: dass er an unheilbarer lebenslänglicher Paranoia in Form des Verfolgungswahns leidet; und dass dieser Zustand eine Geistes**krankheit** ist, nicht als Geistes**schwäche** bezeichnet werden kann.

In Bezug auf die zweite Frage:

Ist diese seine Paranoia derart, dass er deswegen seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?

habe ich Folgendes zu sagen:

Nach dem Akteninhalt mit seinen beschworenen Zeugenaussagen kann kein Zweifel darüber bestehen, dass er den Pfarrer und Bürgermeister in einer sehr lästigen und störenden Weise fortgesetzt beleidigt hat; dass diese Beleidigungen direkte Ausflüsse seines Verfolgungswahns sind, und dass sie deshalb, wie ich schon zu Frage 1 auseinandergesetzt habe, nicht kriminalistisch behandelt werden können, indem § 51 Str. G. B. auf sie Anwendung finden muss. Es ist deshalb sehr begreiflich, dass der Bürgermeister in seinem Strafantrag am Schlusse sagt:

„Wenn sein geistiger Zustand eine Bestrafung ausschliesst, so bitte ich, anderweitige geeignete Massregeln zu unserem Schutze veranlassen zu wollen."

Dass, nach den wüsten Schimpfszenen, welche er herbeigeführt hatte, der Bürgermeister nicht nur das **Recht** sondern geradezu die **Pflicht** hatte, zur Verhütung weiteren Aergernisses Schutzmassregeln zu beantragen; dies muss, auch vom Standpunkt des psychiatrischen Sachverständigen aus, entschieden bejaht werden.

Der Bericht des Bürgermeisters war an die Staatsanwaltschaft gerichtet, was ja auch deshalb ganz sachgemäss war, weil es sich, in erster Linie und bis auf Weiteres, um einen Strafantrag, also um eine Angelegenheit des **Gerichts** und nicht der Verwaltung gehandelt hat. Der Bericht des Bürgermeisters hatte aber zuerst die vorgesetzte Verwaltungsbehörde zu passiren (wohl auch mit Bezug auf § 196 Str. G. B.); und hiebei kam folgende Aeusserung des Landrathsamtes, in einer Marginalnote an die Staatsanwaltschaft, zu den Akten:

„Seine Verurtheilung und Bestrafung erscheint ziemlich zweifelhaft, zumal wohl auch schon seine Begnadigung von der seiner Zeit wegen Misshandlung von Schulkindern gegen ihn erkannten Freiheitsstrafe u. A. im Hinblick auf seine geistige Unzurechnungsfähigkeit erfolgt sein dürfte."

Ferner:

„Ich würde bitten, auf Grund des vorliegenden Materials die Entmündigung des Beschuldigten gemäss § 646 Abs. 2. C. P. O. zu beantragen, damit alsdann eventuell im polizeilichen Zwangswege seine Unterbringung in einer Irrenanstalt herbeigeführt werden kann, da es jedenfalls das öffentliche Interesse dringend erfordert, den Kranken, dessen Zustand sich immer mehr verschlimmert und dessen Verhalten schon jetzt als gemeingefährlich bezeichnet werden muss, auf irgend eine Weise unschädlich zu machen."

Auf Grund der weiteren Beweiserhebungen stellte dann in der That die Staatsanwaltschaft den Antrag auf Entmündigung. Als Gründe des Antrages sind angeführt:

„Der Kranke ist ein chronisch verrückter Mensch, er beurtheilt seine Umgebung nur in ihm feindlichem Sinne und liegt ganz im Bann von Verfolgungswahnideen. Eine Heilung scheint ausgeschlossen."

Ich bin der Ansicht, dass durch diese Sätze im Wesentlichen der Thatbestand richtig ausgedrückt ist. Statt: „Liegt **ganz** im Banne von Verfolgungswahnideen —" wäre allerdings die Formulirung sachgemässer: er sei, insoweit der Verfolgungswahn sein Denken beeinflusse, am normalen Denken gehindert; dagegen sei seine Intelligenz **nicht** beeinträchtigt, insoweit als der Verfolgungswahn ausser Wirkung bleibe. — In Bezug auf den Inhalt des Schlusssatzes:

„Eine Heilung scheint ausgeschlossen."

kann ich mit grosser Bestimmtheit, auf Grund meiner irrenärztlichen Erfahrung, erklären: dass sein Verfolgungswahn ein, im Wesentlichen unveränderlicher und lebenslänglicher, Zustand ist. Er kann wohl in seinen Aeusserungen zeitweise etwas weniger störend auftreten, als er in den letzten Jahren aufgetreten ist. Aber im Stillen wird S. jedenfalls bis zu seinem Tode an seinem Verfolgungswahn festhalten. — Es kann deshalb, auch von Seiten des psychiatrischen Sachverständigen, nur als vollkommen zutreffend anerkannt werden, dass der staatsanwaltschaftliche Antrag von der Voraussetzung ausgeht: es handle sich um eine lebenslängliche Geisteskrankheit. Auch meine nachfolgenden Erörterungen stehen auf der gleichen Grundlage wie der staatsanwaltschaftliche Antrag und wie die oben wörtlich angeführten Sätze aus der Marginalnote des Landrathsamtes. In Frage steht also nur: ob auch ich zu dem Ergebniss komme, dass der paranoische S., im Sinne der Bestimmung des Bürgerlichen Gesetzbuches, „seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?"

Weil es sich ausschliesslich darum handelt: ob der Wortlaut dieser Gesetzesbestimmung auf ihn zutrifft? oder nicht? so muss die Bedeutung dieser Worte auf das Sorgfältigste geprüft werden hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf seinen Geisteszustand.

In dieser Hinsicht habe ich nun zunächst Folgendes zu sagen:

Wenn es in der Marginalnote des Landrathsamtes heisst: das öffentliche Interesse erfordere dringend, ihn „**auf irgend eine Weise**" unschädlich zu machen; so dürfte diese Auffassung völlig berechtigt gewesen sein, nachdem er sich wiederholt in einer Weise benommen hatte, auf welche zum Mindesten der Begriff der Erregung öffentlichen Aergernisses zutraf und sogar vielleicht auch der der Gemeingefährlichkeit in Bezug auf Angriffe gegen seine vermeintlichen Feinde. Auch darin kann ich also, auf Grund meiner psy-

chiatrischen Erfahrung, mich völlig einverstanden erklären mit der Auffassung des Landrathsamts: dass für dieses, als der Polizeibehörde, genügender Anlass vorhanden war zu der Erwägung, dass er „auf irgend eine Weise unschädlich gemacht werden sollte.“ —

Von hier ab ist aber meine Auffassung eine andere als die des Landrathsamtes und als die des staatsanwaltschaftlichen Antrags. Die Anregung dazu, dass die Staatsanwaltschaft, im Sinne von § 646 Abs. 2 C. P. O., später thatsächlich den Entmündigungsantrag gestellt hat, ist gegeben worden in folgenden Worten (s. oben S. 397): es möge Entmündigung beantragt werden:

„Damit alsdann eventuell im polizeilichen Zwangswege seine Unterbringung in einer Irrenanstalt herbeigeführt werden kann.“

Ich kann nun nicht umhin, gegen diese Auffassung des Verhältnisses von polizeilicher Unschädlichmachung und richterlicher Entmündigung die stärksten Bedenken zu äussern. Als ich diese Worte zuerst las, habe ich mich vor Allem darüber gewundert, dass eine preussische Behörde sich in dieser Weise ausgesprochen hat. Denn gerade der Erlass des Preussischen Justiz-Ministeriums vom 28. November 1899 sagt ausdrücklich:

„Aus einem anderen als dem in § 6, Z. 1 B. G. B. bezeichneten Grunde darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliesslichen Interesse anderer Personen.“

Da nun die Aeusserung des Landrathsamtes (und vom Standpunkt der polizeilichen Verpflichtung, Schaden zu verhüten, mit vollem Recht) nur Gründe der polizeilichen Rücksichten und des Interesses anderer Personen angeführt hat; so wird nicht in Abrede gestellt werden können, dass die Schlussfolgerung von dieser, durchaus sachgemässen, Voraussetzung auf den Vorschlag der Entmündigung in zweifellosem Widerspruch steht mit dem zitirten Satz des Erlasses des Preussischen Justiz-Ministeriums. Auch die Staatsanwaltschaft hat sich nicht abhalten lassen, trotz jenes Erlasses, den Antrag zu stellen; und es liegt, selbstverständlicher Weise, völlig ausserhalb meiner Kompetenz zu beurtheilen: inwieweit die Thätigkeit der Staatsanwaltschaft durch derartige Ministerial-Erlasse gebunden ist? Ich war meinerseits nur verpflichtet, jenen Erlass anzuführen, deshalb, weil er der Auffassung eine gewichtige Stütze verleiht, dass Entmündigung und polizeiliches Eingreifen sorgfältig zu trennen sind. — Diese Auffassung steht auch völlig im Einklang mit folgender Entscheidung des Reichsgerichts.

Es folgt das, was schon in voriger Nummer (S. 369, Sp. 1) abgedruckt ist.

Ferner kann ich noch folgende Sätze aus einem bayerischen Ministerial-Erlass anführen.

Es folgt, was ebenfalls in voriger Nummer (S. 369, Sp. 2) abgedruckt ist.

In Anwendung auf den vorliegenden Fall ergeben sich aus dem Erörterten folgende Konsequenzen:

Von Geistesschwäche kann bei S. auf keinen Fall die Rede sein in dem Sinne, dass er der Hilfe eines Vormundes deshalb bedürfte, weil es ihm selbst mangelte an dem Maass von Intelligenz, welches nothwendig ist zu selbständiger Lebensführung.

Es kann sich also nur darum handeln: ob er in Folge seiner Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag? Dass er, der niemals verheirathet war und immer allein für sich zu sorgen hatte, bisher in pekuniärer Hinsicht etwas Verkehrtes gemacht hätte, wird nirgends behauptet. Die Gefahr, dass, wenn er nicht entmündigt würde, er in Zukunft dieses thun könnte, ist gleichfalls eine ganz entfernte. Und, auch abgesehen von den blossen Geldangelegenheiten, führt er ein geordnetes Leben; ich habe auch keine Aktenstücke entdecken können, in welchen irgend Etwas sich fände von einer Behauptung in dem Sinne: er habe die Vormundschaft über die Kinder seiner verwittweten Schwester schlecht geführt. Wenn er jetzt entmündigt würde, so wäre eine selbstverständliche Konsequenz davon: dass ihm sofort diese Vormundschaft entzogen werden müsste. Nun hat mir aber sein ältester Neffe, der selbst schon als Lehrer angestellt ist, Folgendes geschrieben:

„Meine Mutter und auch ich sind der Meinnng und der Ueberzeugung, dass mein Onkel geistig gesund ist. Seit meinem 12. Lebensjahre habe ich mit meinem Onkel zusammen gelebt. Nie habe ich an ihm Etwas gemerkt, was darauf schliessen liesse, dass er geisteskrank sei. Manche Männer, mit denen ich zufällig mal zusammen kam, erklärten mir auch, wenn das Gespräch auf meinen Onkel kam: sie hätten nie an meinem Onkel Etwas wahrgenommen, was darauf schliessen liesse, dass er geisteskrank sei. Diese Männer haben öfter mit ihm verkehrt und hatten Kinder bei ihm in der Schule. Sie dürfen sich wohl auch ein Urtheil darüber erlauben, da es gereifte und verständige Leute sind. Sie hielten ihn auch nicht für geisteskrank, kamen sie doch und holten sich bei ihm Rath, was man doch sicher nicht bei einem Geisteskranken zu thun pflegt. Was die Entmündigung meines Onkels angeht, so halte ich die für nicht gerechtfertigt. Falls die Entmündigung vom Amtsgericht verfügt würde, so würde meine Mutter und auch ich meinen Onkel in der Absicht bestärken, den Prozess durch alle Instanzen, ja selbst bis zum Reichsgericht durchzuführen, sollte dadurch auch der letzte Rest seines Vermögens aufgewandt werden, und wenn ich dann auch in diesem Falle seine und meiner Mutter Unterhaltung auf mich nehmen müsste. Nie aber würde ich meinem Onkel rathen, von weiterem Vorgehen Abstand zu nehmen, gilt es doch, den Beweis zu erbringen, dass mein Onkel geistig gesund ist. In diesem Falle anders zu handeln, ist mir unmöglich, es würde mir als ein Unrecht erscheinen.“

Von dieser Seite besteht also nicht die geringste Neigung zu einer Aenderung der jetzigen Verhältnisse, unter welchen er nicht nur selbst nicht entmündigt ist sondern sogar, zur Zufriedenheit aller Betheiligten, fremde Vormundschaften geführt hat (es handelt sich um fünf Kinder der verwittweten Schwester). —

Nach allem im Bisherigen Auseinandergesetzten ist es auch geradezu selbstverständlich, dass er sich in den vierzehn Tagen seines Aufenthalts in meiner Klinik immer so gezeigt hat, dass durchaus nichts Abnormes an seinem Benehmen zu erkennen war. Er hat sich musterhaft in die Hausordnung gefügt, und auch während dieser Beobachtungs-Zeit war völlig klar: dass eben nur der Verfolgungswahn, für welchen er während des kurzen Aufenthalts in der Klinik kein Objekt finden konnte, es ist, was ihn in seiner Heimath so unerträglich gemacht hat.

Es wäre denkbar, dass, unter verwickelteren Verhältnissen, er durch seinen Verfolgungs-Wahn in stärkerer Weise gestört würde „in der Besorgung seiner Angelegenheiten“. Wenn er z. B. ein reicher und mächtiger Mann wäre, was er ja in Wirklichkeit durchaus nicht ist; — so könnte er Reichthum und Macht dazu verwenden, um seinen vermeintlichen Feinden zu schaden; und dann wäre die Sachlage immerhin eine andere. Alsdann würde die Frage an Bedeutung gewinnen, welche bei der Entmündigung die entscheidende ist: ob er nicht durch seinen Verfolgungs-Wahn zu Handlungen getrieben würde, deren Schädlichkeit für ihn selbst durch die Entmündigung beseitigt werden könnte. Denn der Erlass des preussischen Justiz-Ministeriums, aus welchem ich einerseits oben (vorige Spalte) die Stelle zitirt habe: dass aus blossen polizeilichen Rücksichten die Entmündigung nicht erfolgen solle; — sagt andrerseits mit Recht: unter den „Angelegenheiten“ seien nicht nur Vermögens-Angelegenheiten zu verstehen, sondern

die gesammten Lebensverhältnisse z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für die Angehörigen u. dergl. —

Man wird deshalb zu folgender Formulirung gelangen müssen:

Die Massregel der Entmündigung kann wegen Geisteskrankheit dann verhängt werden, wenn sie ein geeignetes, und eventuell das einzige, Mittel ist, um von einer Person den Schaden abzuwenden, von dem sie selbst, in irgend einer Weise, bedroht ist durch ihre Geistesstörung. Die Entmündigung ist eine Rechtswohlthat, von welcher, bis auf Weiteres, in erster Linie die allgemeine Regel gelten muss: Beneficia non obtruduntur. Und dieser Regel darf nur dann zuwidergehandelt werden, wenn der Schaden, den die Geisteskrankheit der Person zufügt, zu stark in die Wagschale fällt gegenüber von den Rücksichten, welche man nehmen muss auf die Wünsche eines Menschen, der, in nachdrücklicher und intelligenter Weise, gegen seine Entmündigung protestirt. Bei weitaus der Mehrzahl der Geisteskranken fallen ja diese Schwierigkeiten weg, weil sie, vermöge ihrer Krankheit, überhaupt nicht fähig (häufig auch gar nicht geneigt) sind zu einem solchen Protest; und wo der Widerstand fehlt, kann man auch nicht sagen, dass das Beneficium der Entmündigung „obtrudirt" werde. Bei einem so energischen Protest, wie es der seine ist, und wenn er auch noch stark unterstützt wird von den Angehörigen, liegt der Fall aber wesentlich anders. —

Nach Allem, was ich im Vorstehenden aufgeführt habe, bestehen jedenfalls gewichtige Gründe für die Auffassung: dass das Gesetz, gegenüber von einem solchen Geisteskranken, wie er einer ist, nicht ohne Weiteres eine rechtliche Grundlage für die Entmündigung enthält. Es bestehen aber auch starke Gründe der Zweckmässigkeit und Opportunität gegen die Entmündigung, welche meines Erachtens gleichfalls volle Beachtung verdienen.

Wenn er jetzt entmündigt würde, so würde er zweifellos bis in die höchste Instanz die Beschwerdeführung fortsetzen. Und darin würde er, mit grösster Wahrscheinlichkeit, von seinen Angehörigen unterstützt, wenn diese nämlich an dem Entschluss festhalten, der ausgesprochen ist in dem Briefe, den ich oben (S. 398) wiedergegeben habe. Wenn er in allen Instanzen unterläge, so könnte er dabei starken pekuniären Schaden erleiden; und ein Nutzen wäre doch für Niemanden geschaffen. Denn deswegen, weil er entmündigt wäre, könnte man ihn doch nicht auf die Dauer in einer Irrenanstalt unschädlich machen. Er würde durch die Entmündigung nur in einer höchst unnöthigen Weise gereizt. Wenn er mit der Beschwerde in allen Instanzen unterlegen wäre, so würde er natürlich, sobald als möglich, Wiederaufhebung der Entmündigung beantragen und niemals zur Ruhe kommen. —

Er wird allerdings auch dann, wenn die Entmündigung nicht ausgesprochen wird, insofern sich nicht ruhig verhalten, als er fortwährend wieder daran arbeiten wird, dass seine Pensionirung aufgehoben werden soll. Denn weil er, wie alle solche Paranoischen, absolut nicht zu der Einsicht gelangen kann, dass er aus guten Gründen, wegen seines Verfolgungswahns, pensionirt worden ist; — so hält er auch die Pensionirung für eine grosse Ungerechtigkeit, gegen welche er, „aus Gewissensgründen", den Kampf um das Recht führen müsse; gerade so wie auch sein Neffe schreibt (s. oben S. 398). Aber dieser Kampf ist deshalb viel unschädlicher als derjenige, der sich an die Entmündigung anschlösse, weil es dabei keine Prozesskosten giebt. Er wird zwar fortwährend bei Irrenärzten herumreisen, mit dem Verlangen: diese sollen ihm bezeugen, dass er geistig gesund und zu Unrecht pensionirt sei. Aber diese Aerzte können ihn dann ruhig wegschicken, weil die Sache gegenstandslos ist, während, in den gerichtlichen Instanzengängen der Beschwerde gegen die Entmündigung, immer wieder neue Begutachtungen unvermeidlich wären. —

Ich habe immer die Erfahrung gemacht, dass die Schwierigkeiten, welche die Paranoischen von seiner Art machen, ganz bedeutend verringert werden, sobald man das einzig richtige Verfahren gegen sie einschlägt, nämlich sie nicht beachtet. Je weniger sie von Gerichten, von Aerzten, von den Nachbarn beachtet werden, desto weniger Störungen machen auch sie ihrerseits. Langwierige Entmündigungsprozesse sind das Allerschädlichste für sie; und diese sollten deshalb nur dann in Gang gesetzt werden, wenn sie in der That unvermeidlich sind. Davon kann aber bei ihm gar keine Rede sein. Wenn er nicht aufhört, Pfarrer und Bürgermeister zu beleidigen, so kann man ihn, ohne alle Entmündigung, für einige Zeit in einer Anstalt interniren; worauf er dann später auch wieder Zeiten haben wird, in denen er erträglich sein wird. Und im Uebrigen kann er seine, und seiner Verwandten, einfache Angelegenheiten auch in Zukunft gerade so gut besorgen, wie er es in der Vergangenheit gethan hat. —

Ich gebe deshalb mein Gutachten zu der, oben gestellten, zweiten Frage dahin ab:

dass er, trotz seiner partiellen Verrücktheit, seine Angelegenheiten zu besorgen vermag; dass seine Entmündigung ihm durchaus keinen Nutzen sondern nur Schaden brächte; und dass der Schutz Derjenigen, die er beleidigt und bedroht, aus Gründen sowohl des Rechts als der Zweckmässigkeit, nicht durch richterliche Entmündigung sondern nur durch polizeiliche Massnahmen bewirkt werden kann. —

Anhang.

Aus dem Gutachten über eine idiotische Bauerntochter drucke ich Nachstehendes ab, was Beziehungen hat zu dem, in den beiden vorstehenden Gutachten (dort in Bezug auf intelligente Paranoische), Erörterten:

Auf Grund ihrer angeborenen idiotischen Beschaffenheit hat sie auch sehr viele thörichte Streiche begangen, wofür der Akt genügende Beweise enthält. Und dass deshalb von Zeit zu Zeit auch ihre Verbringung in eine Irrenanstalt gerechtfertigt wäre, dies ist dem Akt gleichfalls mit Bestimmtheit zu entnehmen. Dieser Punkt steht aber hier nicht in Frage, sondern nur dieser: ob der Thatbestand von § 6 Z. 1 B. G. B. auf sie zutrifft. In dem Akt ist nur die Rede von der Entmündigung wegen Geisteskrankheit. In erster Linie käme aber bei ihr in Betracht die Entmündigung wegen Geistesschwäche. Denn sie ist geistesschwach von Kindheit auf; und stärkere Anzeichen von, neuerdings ausgebrochener, Geisteskrankheit haben sich bei ihr nicht gezeigt. Die unbedeutenden und vorübergehenden Aufregungszustände, die immer wieder bei ihr vorkommen und immer wieder bei ihr vorkommen werden, sind immer nur Symptome ihrer von jeher bestehenden, Geistesschwäche; nicht solche neuer geistiger Erkrankung. —

Nun handelt es sich aber nicht darum: ob sie im psychiatrischen Sinne als geistesschwach zu betrachten ist? (welche Frage unbedingt zu bejahen wäre); sondern darum: ob sie in Folge dieser Geistesschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?

Hiebei ist ohne Weiteres klar: dass, wenn es sich um sehr verwickelte Angelegenheiten handelte, die sie zu besorgen hätte, alsdann ihre Geistesschwäche sie daran verhindern müsste. Ihre thatsächlichen Angelegenheiten sind aber überaus einfache; und dass sie diese, soweit die blossen Geldangelegenheiten in Betracht kommen, bis jetzt ganz gut besorgt hat; dies steht unwidersprochen aktenkundig fest. Was aber ihre Angelegenheiten, die nicht pekuniärer Natur sind, betrifft, so würde ich eine Entmündigung vorläufig für völlig werthlos halten im Hinblick auf den Zweck, der erreicht werden soll: nämlich diesen, dass sie in gleichmässigen und anständigen Verhältnissen lebe. Denn sie ist dermassen störrisch, dass die Entmündigung nicht den mindesten Eindruck auf sie machen würde

und dass sie, so oft es ihr einfiele, wieder davonliefe. Dies liesse sich nur durch Internirung in einer Anstalt verhindern. —

Nun wird aber, nach dem ganzen Inhalt des Aktes, wohl kein psychiatrischer Sachverständiger Entmündigung wegen Geisteskrankheit begutachten können, sondern in jedem Fall nur wegen Geistesschwäche. Diese Art der Entmündigung hätte aber vollends nicht den mindesten Werth im Hinblick auf das, was wünschenswerth wäre. Denn dadurch würde sie im Wesentlichen nur geschützt gegen pekuniäre Verluste; und gegen diese bedarf sie ja, wie aktenkundig feststeht, keines Schutzes. Dagegen würden die vielen Selbstbestimmungs-Rechte, welche in diesem Falle, nach § 107 bis 113 B. G. B., ihr noch erhalten blieben, es völlig unmöglich machen, ihre persönliche Freiheit in dem Grade einzuschränken, dass sie zu einem anständigen Leben gezwungen werden könnte; und es würde aus dem Verhältniss zu dem Vormund und dem Vormundschaftsgericht nur beständiger Zank und Streit sich ergeben. Sie würde dadurch für das ganze Dorf nur noch unerträglicher, als sie jetzt ist; und die beständige Aufregung, in welche sie dadurch versetzt würde, könnte nur schädlich auf sie wirken. —

Es wäre natürlich etwas ganz Anderes, wenn sie nicht gegen die Entmündigung protestirte. Da sie aber mit grosser Entschiedenheit protestirt, so muss doch wohl vor Allem auch beachtet werden, dass das Gesetz nicht sagt: Entmündigt muss werden; sondern: kann werden; aus welchem Wortlaut doch wohl der Schluss zulässig ist: dass die Entmündigung nur vollzogen werden soll, wenn sie in dem speziellen Fall auch zweckmässig erscheint. In diesem Sinne lauten auch die Vorschriften des bayrischen Justiz-Ministerial-Erlasses vom 26. März 1895, wo es ausdrücklich heisst:

(Folgt die Stelle, die in voriger Nummer (S. 369) abgedruckt ist.)

Das, was zu wünschen wäre, nämlich: eine Autorität, der sie sich fügte und unter deren Einfluss sie ein anständiges und vernünftiges Leben führte, kann ihr durch die Entmündigung doch nicht zu Theil werden, und am wenigsten durch die Entmündigung wegen blosser Geistesschwäche. Es wäre die Erreichung dieses Ziels eher noch möglich durch die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, durch welche sie völlig geschäftsunfähig gemacht würde und damit auch im Wesentlichen jedes Selbstbestimmungsrecht verlöre. Es ist aber unmöglich, sie wegen Geisteskrankheit zu entmündigen; wie auch in dem, bei den Akten liegenden, Bericht des Amtsgerichts ausdrücklich konstatirt ist: „aus einer längeren, mit ihr gepflogenen, Unterredung konnte ich nicht den Eindruck gewinnen, dass ich eine geisteskranke Person vor mir habe." —

Die, vom reinen Rechtsstandpunkt eventuell mögliche, Entmündigung wegen Geistesschwäche müsste ich aber, auf Grund vielfacher Erfahrung über solche Personen, für völlig zwecklos und sogar für direkt schädlich halten.

Ich gebe deshalb mein Gutachten dahin ab:

I.

Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist unmöglich, weil man sie nicht für geisteskrank im Sinne des Gesetzes erklären kann.

II.

a) Entmündigung wegen Geistesschwäche wäre eventuell gerechtfertigt. Denn dass sie von Geburt an geistesschwach ist, steht zweifellos fest.

b) Die Behauptung: sie vermöge in Folge dieser ihrer Geistesschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen, könnte aber mit guten Gründen sehr in Zweifel gezogen werden.

c) Und jedenfalls würde die Entmündigung wegen blosser Geistesschwäche weder ihr noch ihrer Umgebung irgend einen Nutzen gewähren sondern nur die Ursache beständigen Streites und Haders abgeben.

Ueber 300 landwirthschaftliche Unfälle, die innerhalb 5 Jahren rentenfrei geworden sind.

Von
Dr. Moser-Weimar.

Diese Anzahl von Unfällen ist der Gesammtheit derjenigen entnommen, die im Jahre 1897 bei der betr. Berufsgenossenschaft überhaupt angemeldet wurden. Bis Ende 1901 erledigten sich dieselben in ihren Folgen für die Berufsgenossenschaft; sie können somit einzeln, wie im Ganzen einem abschliessenden Urtheil zu Grunde gelegt werden.

Wenn auch gering an Zahl, bieten sie doch genügend Bemerkenswerthes, um an der Hand derselben einige für den Arzt, wie für die Berufsgenossenschaft wichtige Fragen zu erörtern und näher zu besprechen. Im Jahre 1897 wurden bei der Berufsgenossenschaft, die mir das diesbez. Material in dankenswerther Weise zur Verfügung stellte, im Ganzen 1342 Unfälle angemeldet; bei 505 trat vor Ablauf der 13. Woche wieder volle Erwerbsfähigkeit ein, 670 wurden entschädigungspflichtig und von diesen Letzteren erledigten sich innerhalb 5 Jahren 300. Die Einstellung der gewährten Rente erfolgte wegen Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in 254 Fällen, wegen Eintritt des Todes in 37 Fällen, wegen anderer Ursachen in den übrigen.

Die Dauer der Rente betrug bis zur vollen Erwerbsfähigkeit

1	bis	6	Monate	in	24	Fällen.
7	„	12	„	„	75	„
13	„	18	„	„	49	„
19	„	24	„	„	45	„
25	„	30	„	„	23	„
31	„	36	„	„	29	„
37	„	42	„	„	7	„
43	„	48	„	„	2	„

Nach dem Alter der Verletzten stellen sich die Zahlen wie folgt:

Alter	Monate.							
	1—6	7—12	13—18	19—24	25—30	31—36	37—42	43—48
unter 16	—	—	—	—	—	—	—	—
16—18	—	4	—	1	1	1	—	—
18—20	1	3	1	3	—	1	—	—
20—30	4	13	7	2	1	2	2	—
30—40	4	10	6	8	5	3	2	—
40—50	6	10	17	12	5	6	—	—
50—60	6	25	7	12	7	6	—	2
60—70	3	6	7	4	4	6	2	—
70 und darüber	—	4	4	3	—	4	1	—

Die Höhe der einzelnen Renten betrug:

100 Prozent 5 mal; 90 Prozent 1 mal; 80 Prozent 3 mal; desgl. 70 Prozent; 60 Prozent 6 mal; 50 Prozent 13 mal; 45 Prozent 2 mal; 40 Prozent 10 mal; 35 Prozent 6 mal; 30 Prozent 35 mal; 25 Prozent 46 mal; 20 Prozent 79 mal; 15 Prozent 86 mal; 10 Prozent 147 mal; 5 Prozent 2 mal.

An Anfangsrenten wurde gewährt und zwar nach dem Alter der Verletzten geordnet:

Alter	100%	90	80	70	60	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
unter 16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16—18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	3	—
18—20	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	3	2	1
20—30	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2	4	8	4	9	1
30—40	1	1	—	1	1	1	—	1	1	2	7	4	8	15	—
40—50	—	—	1	1	1	—	—	1	1	6	8	18	14	9	—
50—60	—	—	—	1	1	3	1	—	—	5	6	19	19	17	—
60—70	1	—	1	—	—	1	—	3	2	6	6	7	[illegible]	11	—
70 u. darüber	3	—	—	—	—	3	1	2	—	3	7	5	[illegible]	5	—
Summa	5	1	3	3	3	10	2	8	4	26	40	62	54	71	2

In beiden Zusammenstellungen nimmt die 10prozentige Rente die höchste Stelle ein, in der ersten betrifft sie die Hälfte aller Fälle, in der zweiten zusammen mit der 15prozentigen nahezu die Hälfte. Sehen wir uns einige Fälle, in

denen eine so niedrige Rente vom begutachtenden Arzte vorgeschlagen wurde und seitens der Berufsgenossenschaft gewährt werden — musste, näher an:

Fall 1. Der 26jährige Sohn eines Landwirthes zog sich eine Verstauchung der rechten Hand zu, indem er beim Futterholen von der Scheune auf der oberen Treppenstufe ausglitt und die Treppe herunterfiel.

Der erste Arztbericht nach Verlauf der 13 Wochen sagt:

Objektiver Befund: „Der gequetschte äussere Knöchel des rechten Vorderarmes ist nicht angeschwollen, nicht schmerzhaft bei Berührung und es kann die Hand frei bewegt werden. Es ist deshalb kaum erklärlich, wie die vom Verletzten angegebenen Schmerzen beim Gebrauch der Hand entstehen sollen."

Trotzdem schlägt der Arzt 10 Prozent Rente vor, die auch gewährt werden. 18 Monate später konstatirt derselbe Arzt denselben Befund und spricht sich jetzt für Entzug der Rente aus.

Fall 2. Ein 40jähriger Landwirth stürzte beim Tragen eines Korbes mit Spreu vom Futterboden die Treppe ab und brach den rechten Unterschenkel. Nach 13 Wochen wird ihm auf Antrag des Vertrauensmannes ohne ärztliches Zeugniss eine Rente von 25 Prozent gewährt. Als die Berufsgenossenschaft eine Aenderung der Rente für angebracht hält, wird ärztliche Untersuchung beantragt. In dem abgegebenen Gutachten heisst es:

„Subjektiv Schmerzen bei anstrengenden Arbeiten. Objektiv ist ausser einer kleinen Anschwellung des rechten Knöchelgelenkes nichts nachzuweisen. Ein ernstes Arbeitshinderniss besteht nicht mehr." Trotzdem schlägt der Arzt vor, für fernere 3 Monate eine Rente von 10 Prozent zu gewähren. Kurz darauf hat der Verletzte freiwillig auf die Rente verzichtet.

Fall 3. Ein 77jähriger Landwirth fällt beim Nachhausefahren zwischen das Pferd und den leeren Wagen und wird von dem durchgehenden Pferde ca. 50 Schritt geschleift; er trägt Hautabschürfungen an der Nase, der rechten Ohrmuschel und am rechten Oberschenkel als Verletzung davon.

Bei der ärztlichen Untersuchung nach 13 Wochen ist objektiv nichts mehr nachzuweisen, als eine schmerzhafte Stelle am rechten Trochanter und am unteren Drittel des Oberschenkels aussen. Vorgeschlagen werden 10 Prozent, die der Verletzte für 37 Monate und 16 Tage bezogen hat.

Fall 4. Ein 59jähriger Landwirth zieht sich eine Kontusion des rechten Ellenbogengelenks zu und erhält zuerst 25 Prozent Rente. Nach ca. 9 Monaten findet eine erneute Untersuchung statt: „Objektiv sind im Ellenbogengelenk alle Bewegungen frei. Schwielen an der Hand beiderseits gleich. Folgezustände nicht von Bedeutung. Der Einfluss der Verletzung auf die Erwerbsfähigkeit ist aus dem Befund nicht abzuschätzen. Die Möglichkeit einer geringen Arbeitsbehinderung mag bestehen." 10 Prozent.

Fall 5. Ein 45jähriger Landwirth zog sich durch einen Fall eine Luxation des rechten Oberarmes und eine Quetschung der Oberarmmuskulatur zu und erhielt als Anfangsrente 20 Prozent.

Ein weiteres Gutachten nach ca. neun Monaten besagt: „Objektiv ist der Befund völlig normal. Folgezustände der Verletzung sind unbedeutend oder gleich Null; objektiv ist nichts mehr von einem Einfluss aufzufinden. Der Verletzte giebt selbst an, fast alle Arbeiten wieder verrichtet zu haben. Auf Grund der subjektiven Beschwerden noch 10 % für $1/2$ Jahr.

Fall 6. Die 46jährige Ehefrau eines Landwirthes rutschte beim Füttern der Schweine aus und fiel mit der linken Seite auf die Kante des Schweinetroges.

Nach 13 Wochen sagt das ärztliche Gutachten: „Subjektiv werden Schmerzen in der linken Seite geklagt, ausser in der Ruhe. Objektiv ist absolut nichts nachzuweisen; aber trotzdem kann die Verletzte die angegebenen Schmerzen haben, die nach der Art der Entstehung recht gut bestehen können. 15 % für 30 Monate.

Fall 7. Die 42jährige Ehefrau eines Landwirthes trug eine volle Wasserbutte, glitt aus und fiel aufs Gesicht, zog sich einen Bruch des Nasenbeines und eine Quetschung der Brust zu.

Nach Verlauf von 13 Wochen zur Begutachtung aufgefordert, lehnte der behandelnde Arzt die Abgabe des Gutachtens ohne näheren Grund ab.

Ein anderer Arzt begutachtete den Fall folgendermassen: „Das Nasenbein ist eingedrückt, auf dem Nasenbein befindet sich eine Narbe. Am Kopf, auf der Brust ist objektiv nichts nachzuweisen. Subjektive Beschwerden sind vielfach auftretendes Stechen im Kopf und Schmerzen auf der Brust, die besonders beim Tragen und Heben auftreten sollen.

Wenn auch objektive Abweichungen von normalen Verhältnissen nicht nachweisbar sind, so kann man doch aus der Art der Verletzung auf die Glaubwürdigkeit der Verletzten schliessen. 10 %.

7 Monate später sagt ein dritter Arzt: „Subjektive Klagen: Schmerzen im Kopf und auf der Brust. Objektiv: Am Kopf, wie auf der Brust durchaus nichts Abnormes nachzuweisen. Die Verletzung der Nase ist untadelig verheilt. Bei der Schwere der Verletzung — heisst es weiter — ist es nicht unglaublich, dass die Frau noch Schmerzen, wenigstens zeitweise, im Kopfe empfindet. Der Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit der Verletzten ist entschieden unerheblich. 10 %.

Als Anmerkung wird beigefügt: Die X. übertreibt offenbar ihre Beschwerden.

11 Monate später empfiehlt derselbe Arzt bei gleichen subjektiven Beschwerden und gleichem negativen Befund Einstellung der Rente.

Für 23 Monate waren der Frau 10 % Rente gewährt worden.

Fall 8. Ein 60jähriger Landwirth hatte eine Fuhre Heu eingefahren; als dieselbe bis auf eine Kleinigkeit abgeladen war, that der Verletzte, während er mit der Heugabel einen Arm voll Heu in die Höhe hob, einen Fehltritt und stürzte mit der Brust zwischen die Leitersprossen auf die Lisse.

Objektiver Befund nach 13 Wochen: „Druck auf die Stelle der Verletzung ist noch schmerzhaft; desgleichen äussert Patient schmerzhafte Empfindung, wenn er sich bücken muss. Die Athmung ist deswegen gehemmt. 25 %.

2. Untersuchung: Objektiv ist nichts nachweisbar. Trotz alledem ist der Angabe, dass noch ab und zu Schmerzhaftigkeit an der Stelle der Verletzung vorhanden ist, Glauben zu schenken. 15 %.

Bei der vierten Untersuchung zwei Jahre später wird zur Einstellung der Rente gerathen, obwohl der Verletzte noch über dieselben Schmerzen klagt, wie früher. 22 Monate hat der Verletzte eine 15 prozentige Rente erhalten.

Fall 9. Die 55jährige Ehefrau eines Landwirthes zog sich durch Ausgleiten eine Verrenkung des linken Fussgelenkes zu. Die Behandlung erfolgte durch den Barbier eines Nachbardorfes. Nach 13 Wochen wird noch über Schmerzen am Fussgelenk geklagt. Objektiv zeigt sich eine leichte Anschwellung aussen am Gelenk. Der Fuss kann aber gut bewegt werden. 15 %.

Ein halbes Jahr später besagt das ärztliche Gutachten:

„Wenn man beide Füsse vergleicht, so ist der linke nach aussen am Gelenk ein Wenig noch geschwollen, ebenso der Fussrücken. 10 %. Die Frau übertreibt, doch ist noch Schwellung vorhanden. Späterhin berichtete der Vertrauensmann, dass die Frau Alles arbeite. Daraufhin erneute Untersuchung.

Jetzt wird die Rente entzogen, weil die Frau wegen Fettleibigkeit bereits im August 1897 nicht voll erwerbsfähig gewesen sei.

In allen diesen Fällen, denen noch eine stattliche Anzahl ähnlicher angefügt werden könnte, stehen bei der Beurtheilung der Folgen des Unfalles die subjektiven Klagen des Verletzten im Vordergrund; der objektive Befund ist negativ oder nur ausserordentlich gering.

Wie es aber mit den die Erwerbsfähigkeit angeblich hindernden subjektiven Klagen sehr oft bestellt ist, mag folgender Fall zeigen:

Ein 34jähriger Landwirth gleitet beim Stehen auf einem Wagen vom Wagenbrett ab und fällt aufs rechte Knie. Nach 13 Wochen sagt der Arztbericht: „Subjektive Klagen beim Treppensteigen und Gehen auf unebenem Boden. Objektiv ist Flüssigkeit im Kniegelenk nicht nachzuweisen. Eine etwa 10-Pfennigstück grosse Stelle unterhalb der Kniescheibe nach aussen von dem Band derselben ist angeschwollen und auf Druck empfindlich. Keine Bewegungsstörung im Gelenk. Rente 15 %.

Nicht lange nach Festsetzung der Rente kommt der Berufsgenossenschaft zur Kenntnis, dass der Verletzte recht fleissig der

Hühnerjagd obliege. Daraufhin selbstversändlich sofort Entziehung der Rente.

Ist es überhaupt angebracht, lediglich auf Grund von subjektiven Beschwerden bei objektiv völlig normalen Verhältnissen oder nur ganz geringen Abweichungen Renten zu gewähren? Diese Frage möchte ich durchweg verneinen. Es lehrt uns ja die Erfahrung tagtäglich, dass in solchen Fällen eine wirkliche Schädigung der Erwerbsfähigkeit nicht vorhanden ist — bei solchen Personen, die keiner Unfallversicherung privat oder staatlich angehören. Eine leichte Beschränkung der Arbeitsfähigkeit mag vielleicht noch bestehen, dieselbe hat aber keinerlei Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit. Nur zu oft wird immer noch bei Ausstellung von Gutachten Erwerbsfähigkeit mit Arbeitsfähigkeit verwechselt. Dies zeigt sich in sämmtlichen oben erwähnten Fällen.

Die Rente soll ferner auch kein Schmerzensgeld sein; dieselbe will dem Verletzten denjenigen wirthschaftlichen Schaden ersetzen, der ihm durch die Verletzung zugefügt worden ist.

§ 5 des Unfallversicherungsgesetzes sagt:

„Gegenstand der Versicherung ist der nach Massgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bemessende Ersatz des Schadens, welcher durch die Körperverletzung oder Tödtung entsteht.

Der Schadenersatz soll bestehen im Falle der Verletzung:

2. in einer dem Verletzten vom Beginn der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalles an für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente.

Die Rente beträgt:

a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben sechsundsechzigzweidrittel Prozent des Arbeitsverdienstes;

b) im Fall theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben einen Bruchtheil der Rente unter a), welcher nach Massgabe der verbliebenen Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist.

In allen Fällen mit nur wenig Ausnahmen kann durch eine eingehende Untersuchung, wenn nothwendig, mit allen uns hierzu zu Gebote stehenden Hilfsmitteln, genügend Aufklärung geschaffen werden, ob die geklagten subjektiven Beschwerden in der That vorhanden sind und wenn vorhanden, wirklich im Stande sind, die Erwerbsfähigkeit so zu schädigen, dass dem Träger ein wirthschaftlicher Schade zugefügt wird.

Zudem handelt es sich in der Mehrzahl der entschädigungspflichtigen Unfälle um eine Verletzung der Extremitäten — in den dieser Arbeit zu Grunde liegenden Fällen treffen auf 300 196, in der vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen Statistik über gewerbliche Unfälle im Jahre 1897 auf 45971 Unfälle über 30000 Verletzungen von Armen und Beinen — und hier lässt sich doch durch Feststellung der Funktionstüchtigkeit der Muskulatur der betreffenden Gliedmassen sicher beurtheilen, ob in Wirklichkeit durch die geklagten Schmerzen die Gebrauchsfähigkeit der Glieder gehindert wird. Entspricht die Muskulatur den normalen Verhältnissen, liegt keinerlei Atrophie vor, dann besteht keine Funktionsstörung und somit auch keine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallgesetzes.*)

Ein solches Urtheil kann natürlich nur gefällt werden auf Grund einer eingehenden Untersuchung, und, was besonders wichtig für die Berufsgenossenschaft ist, begründet werden, durch eine eingehende Beschreibung der vorgefundenen Verhältnisse.

*) Anm. d. Redaktion. Für hysterische Lähmungs- und Schwächezustände, die in der Unfallbegutachtung doch keine geringe Rolle spielen, trifft dieser Satz sicherlich nicht zu.

Der Satz allein „objektiv ist nichts nachweisbar", sollte aus der Rubrik des objektiven Befundes völlig schwinden. Weder die Berufsgenossenschaft, noch ein zweiter begutachtender Arzt, der seinen Ausführungen das erste Gutachten event. zu Grunde legen muss, weiss mit ihm etwas Sicheres anzufangen.

Weiter aber das Bestehen der Schmerzen lediglich deshalb als wahr anzunehmen, weil die untersuchte Person glaubwürdig erscheint oder weil die Verletzung meistens nur auf Grund der Erzählung des Verletzten selbst eine schwere gewesen sein soll, ist doch etwas sehr gewagt, zumal heutzutage, wo das Wort Unfall gleichbedeutend mit Rente geworden ist; wo jeder Verunfallte „seine Rente" haben will.

Glauben doch noch viele begutachtende Aerzte, jedem Verletztgewesenen die „Wohlthat des soziales Gesetzes" zugängig machen zu müssen, ohne zu bedenken, wie oft dadurch, dass sie den Klagen der Betreffenden nachgeben, diese selbst und ihre Angehörigen geschädigt werden. Ich möchte hier der möglichsten Einschränkung der kleinen Renten für Landwirthe wie deren Angehörige unbedingt das Wort reden; eine Rente von 16 Mark, von 28 Mark pro Jahr ist wirthschaftlich werthlos für dieselben, die Entziehung resp. die Verweigerung so kleiner Renten bedeutet für sie keinen wirthschaftlichen Schaden, sie regt aber — und das ist der grosse Nachtheil, den die leichte Gewährung jetzt birgt — den Neid und die Begehrlichkeit der Nachbarn an. Wer diese geringe Renten beziehenden Unfallleute genügend beobachtet, sieht bald, dass dieselben mit ihrer angeblich beschränkten Arbeitsfähigkeit genau eben so viel leisten, wie vor dem Unfall.

Meiner Meinung nach, würde es besser dem Sinne des Unfallgesetzes entsprechen, wenn in landwirthschaftlichen Betrieben der Genuss einer Unfallrente überhaupt erst mit einem höherem Grade der Erwerbsbeschränkung beginnen würde und alles das, was durch Wegfall der kleinen Renten erspart würde, denen zu Gute kommen würde, die durch einen Unfall thatsächlich schwer geschädigt worden sind, und deren Rente jetzt, auch wenn noch so wohlwollend seitens der Berufsgenossenschaft geurtheilt wird, in keinem Verhältniss stehen kann zu dem ihnen durch die Verletzung zugefügten wirthschaftlichen Schaden.

Auf die Art der Verletzung resp. auf die vom Unfall betroffenen Körpertheile vertheilen sich die 300 Fälle wie folgt:

Verbrennungen, Verbrühungen etc. 0.

Summa der Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche, Hernien etc. 298.

Hiervon:

Verletzungen	des ganzen Körpers	4.
„	mehrerer Körpertheile	23.
„	der Arme allein	114.
„	der Beine allein	82.
„	des Rumpfes	67.
„	von Kopf und Hals	7.
„	der Augen	1.
„	Hernie	2.
„	Ertrinken	1.
„	Blitzschlag	1.

Aus dieser kleinen Uebersicht ist zu sehen, wie schon oben einmal erwähnt, dass die grösste Anzahl der Verletzungen die Gliedmassen betroffen hat. Von 300 Unfällen 196 = 65 Prozent. Im Folgenden gebe ich eine Zusammenstellung über die Heilungsdauer der einzelnen Arten dieser Verletzungen vom Tage des Unfalles bis zum Eintritt der vollen Erwerbsfähigkeit bezw. bis zum Entzug der Rente durch die Berufsgenossenschaft unter Beifügung des Alters, des Geschlechtes des Verletzten, sowie der Anfangs- und Schlussrente.

A. Verletzungen des Schultergelenks und der oberen Extremität.

No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung*)	Rente Anfang	Rente Schluss	Heilungsdauer Jahr	Mon.	Tag
1	m.	65	Luxation des linken Schultergelenkes	10	10	1	—	4
2	m.	30	Luxation der rechten Schultergelenkes	40	10	1	11	25
3	m.	50	Verrenkung d. link. Schultergelenkes	20	10	1	8	2
4	m.	50	Quetschung d. recht. Schultergelenkes	30	30	1	4	23
5	m.	45	Luxation des rechten Schultergelenkes	20	10	1	6	5
6	w.	31	Quetschung der linken Schulter	10	10	2	8	23
7	m.	45	Quetschung der rechten Schulter	10	10	1	3	4
8	m.	41	Quetschung der linken Schulter	15	10	1	9	18
9	m.	56	Quetschung der linken Schulter	15	15	2	3	—
10	m.	71	Quetschung dor rechten Schulter	20	15	1	5	16
11	w.	66	Verstauchung d. link. Schultergelenkes	25	25	2	1	25
12	w.	53	Quetschung d. recht. Schultergelenkes	15	15	1	1	6
13	m.	58	Quetschung d. link. Schultergelenkes	25	15	1	3	—
14	w.	41	Quetschung der linken Schulter	20	20	—	10	1
15	m.	55	Quetschung d. recht. Schultergelenkes	20	10	2	2	20
16	m.	43	Quetschung der linker Schulter	25	10	1	11	26
17	w.	17	Bruch des linken Schlüsselbeines	30	15	2	11	6
18	m.	35	Bruch des linken Schlüsselbeines	20	20	—	10	23
19	w.	71	Bruch des rechten Schlüsselbeines	25	10	1	9	—
20	m.	54	Bruch des linken Schlüsselbeines	15	15	2	5	1
21	m.	33	Bruch des rechten Schlüsselbeines	20	10	2	7	22
22	m.	34	Bruch des rechten Schlüsselbeines	25	25	—	7	26
23	m.	34	Bruch des rechten Achselbeines	10	10	1	1	15
24	w.	43	Zerreissung v. Muskelfas. a. r. Oberarm	20	10	2	5	21
25	m.	19	Quetschung des rechten Oberarmes	10	10	—	8	8
26	m.	38	Bruch des linken Oberarmes	25	25	1	5	5
27	w.	40	Bruch des linken Oberarmes	30	15	1	8	20
28	w.	49	Quetschung des rechten Oberarmes	75	10	1	5	1
29	m.	38	Bruch des linken Armes	15	10	2	—	20
30	m.	61	Durchschneidung der hinteren Oberarmmuskeln	30	15	2	11	17
31	w.	33	Kontusion d. recht. Ellenbogengelenkes	10	10	—	11	4
32	w.	24	Luxation d. link. Ellenbogengelenkes	20	10	2	4	12
33	m.	62	Bruch des rechten Ellenbogengelenkes	40	10	2	8	20
34	m.	50	Quetschung d. recht. Ellenbogengelenkes	20	10	2	11	15
35	m.	30	Luxation d. link. Ellenbogengelenkes	40	20	3	6	—
36	m.	70	Quetschung d. link. Ellenbogengelenkes	25	15	2	10	13
37	w.	24	Luxation d. link. Ellenbogengelenkes	30	30	—	7	8
38	w.	28	Bruch des äusseren Gelenkendes des rechten Unterarmes	20	10	3	5	13
39	w.	52	Bruch beider Unterarmknochen	20	10	2	4	24
40	w.	22	Bruch des rechten Radius dicht oberh. des Handgelenkes	25	25	3	5	4
41	w.	59	Bruch des rechten Unterarmes	20	10	2	10	16
42	w.	23	Bruch des linken Radius	25	25	1	1	20
43	m.	42	Bruch des linken Radius	20	20	1	—	15
44	m.	22	Bruch des rechten Radius	10	10	1	9	29
45	m.	45	Bruch des rechten Unterarmes	20	20	1	1	2
46	w.	59	Bruch des rechten Unterarmes	15	15	—	8	25
47	m.	33	Bruch des rechten Radius	15	15	2	2	24
48	m.	44	Bruch des rechten Radius	60	10	1	10	29
49	m.	40	Bruch des linken Radius	20	10	2	—	9
50	m.	61	Bruch des linken Radius	20	10	1	8	9
51	w.	51	Bruch des linken Unterarmes	20	10	2	7	25
52	w.	73	Bruch des linken Unterarmes	45	20	1	10	24
53	m.	48	Bruch des rechten Radius	25	15	2	3	12
54	w.	61	Bruch des linken Radius	20	10	1	4	20
55	m.	48	Kontusion d. link. Handgelenkes, Bruch?	15	15	—	8	13
56	w.	58	Verstauchung des l. Handgelenkes	30	10	3	10	5
57	w.	36	Quetschung der rechten Hand	10	10	—	11	20
58	w.	49	Quetschung der rechten Hand	15	15	1	11	23
59	w.	45	Verstauchung des l. Handgelenkes	10	10	—	11	27
60	m.	43	Quetschung der rechten Hand	20	10	1	11	11

*) Entnommen dem ersten ärztlichen Gutachten.

No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung	Renten Anfang	Renten Schluss	Heilungsdauer Jahr	Mon.	Tag
61	m.	47	Verstauchung des l. Handgelenkes	25	15	1	10	9
62	m.	50	Quetschung der rechten Hand	15	15	—	7	20
63	m.	54	Verstauchung der rechten Hand	10	10	—	9	15
64	w.	65	Verstauchung der rechten Hand	30	30	—	10	10
65	w.	60	Bruch des rechten Handgelenkes	20	10	2	7	27
66	w.	36	Verrenkung des l. Handgelenkes	15	10	3	2	16
67	m.	35	Quetschung des rechten Daumens	15	15	1	8	2
68	m.	47	Schnitt in d. l. Daumen m. folgend. Panaritium	30	10	2	11	16
69	m.	56	Quetschung des rechten Daumens	10	10	—	10	12
70	m.	48	Quetschung des linken Daumens	15	10	1	5	—
71	m.	46	Quetschung des Nagelgliedes des l. Daumens	10	10	1	9	5
72	w.	27	Quetschung des linken Daumens	15	10	1	9	6
73	m.	51	Quetschung des Nagelgliedes des l. Daumens	15	10	1	2	28
74	m.	20	Quetschung des linken Daumens	—	—	Unt. 13 Wochen		
75	w.	17	Schnitt am 2. Gelenk des r. Zeigefingers mit folgender Eiterung	15	15	1	3	19
76	m.	23	Quetschg. d. Endglied. d. l. Zeigefing.	10	10	1	9	26
77	m.	18	Abhacken d. Endglied. d. l. Zeigefing.	15	15	1	1	10
78	m.	25	Schnittwunde am rechten Zeigefinger	10	10	—	9	27
79	m.	50	Panaritium des rechten Zeigefingers	66⅔	66⅔	—	11	14
80	m.	30	Schnittwunde am linken Zeigefinger	15	15	—	7	23
81	m.	32	Panaritium des rechten Zeigefingers	10	10	1	2	16
82	w.	30	Axthieb in den linken Zeigefinger	5	5	1	1	13
83	w.	35	Schnittwunde in das I. Gelenk des linken Zeigefingers	10	10	1	10	5
84	m.	65	Panaritium des linken Zeigefingers mit Verlust der rechten Gliedes	25	10	2	1	7
85	m	16	Quetschung des rechten Zeigefingers	12	12	—	9	23
86	m.	39	Quetschung des Endgliedes des linken Zeige- und Mittelfingers	10	10	1	10	2
87	m.	58	Quetschung beider Mittelfinger	10	10	1	—	—
88	m.	47	Verrenkung des vorderen Gliedes des Mittelfingers	15	15	1	2	—
89	w.	31	Panaritium des rechten Mittelfingers	10	10	—	11	12
90	w.	55	Quetschung des rechten Mittelfingers	25	25	—	9	5
91	m.	55	Panaritium des rechten Mittelfingers	10	10	2	3	15
92	w.	82	Panaritium des rechten Mittelfingers	50	40	3	2	11
93	m.	74	Quetschung des rechten Mittelfingers	10	10	1	5	17
94	w.	19	Quetschung des Endgliedes des link. Mittelfingers	5	5	2	—	24
95	m.	56	Schnittwunde am linken Mittelfinger	10	10	4	—	24
96	m.	27	Bruch d. II. Gliedes d. r. Ringfingers	15	10	1	10	5
97	m.	51	Quetschung des rechten Ringfingers	30	15	2	—	25
98	m.	27	Axthieb am linken Ringfinger	25	25	1	3	7
99	m.	49	Quetschung des recht. kleinen Fingers	10	10	1	4	14
100	w.	16	Quetschung des Endgliedes des recht. Ringfingers	20	10	2	—	21
101	w.	36	Panaritium des recht. kleinen Fingers	10	10	2	11	25

B. Verletzungen des Hüftgelenkes und der unteren Extremitäten.

No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung	Renten Anfang	Renten Schluss	Heilungsdauer Jahr	Mon.	Tag
102	w.	36	Quetschung der rechten Hüfte u. d. r. Oberschenkels	66⅔	10	3	5	3
103	m.	42	Quetschung der r. Hüfte m. Bluterguss	15	15	1	3	22
104	m.	18	Bruch des rechten Oberschenkels	80	10	1	11	22
105	m.	34	Quetschung des rechten Kniegelenkes	20	20	—	7	15
106	w.	21	Quetschung des linken Kniegelenkes	20	20	—	6	3
107	m.	67	Quetschung des linken Kniegelenkes	10	10	3	9	9
108	w.	43	Verrenkung des rechten Kniegelenkes	35	15	2	4	26
109	m.	29	Quetschung des rechten Kniegelenkes	15	15	1	7	13
110	m.	58	Quetschung des linken Knies	—	—	Unt. 13 Wochen		
111	m.	22	Verrenkung des linken Kniegelenkes	10	10	1	10	18

No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung	Renten Anfang	Renten Schluss	Heilungsdauer Jahr	Heilungsdauer Mon.	Heilungsdauer Tag
112	m.	19	Verrenkung der Kniescheibe mit Gelenkeröffnung	25	15	3	1	26
113	w.	55	Bruch der rechten Kniescheibe	50	20	1	5	7
114	m.	54	Verstauchung des rechten Kniegelenkes	10	10	1	10	14
115	w.	71	Verrenkung d. r. Knie- u. Fussgelenkes	30	15	2	2	1
116	m.	30	Quetschung des rechten Schienbeines	10	10	1	5	26
117	m.	61	Quetschung des linken Beines	—	—	Unt. 13 Wochen		
118	m.	73	Bruch beider Knöchel	50	50	1	2	6
119	w.	20	Schrägbruch der rechten Tibia	40	40	—	11	19
120	w.	57	Schlag vor den rechten Unterschenkel	20	10	3	—	24
121	w.	20	Bruch des linken Unterschenkels	30	30	—	10	22
122	m.	52	Kontusion des rechten Radius	—	—	Unt. 13 Wochen		
123	w.	60	Bruch beider Unterschenkelknochen	40	20	3	4	2
124	m.	67	Bruch des linken Unterschenkels	20	15	2	5	8
125	m.	16	Quetschung d. rechten Unterschenkels	25	25	—	11	15
126	m.	65	Quetschung d. rechten Unterschenkels	35	20	1	2	9
127	m.	48	Quetschung der linken Wade	10	10	—	9	15
128	m.	45	Bruch der linken Tibia	30	15	2	1	6
129	m	53	Bruch der rechten Tibia (Knöchel)	20	20	1	—	26
130	m.	59	Linker Knöchelbruch	30	10	2	11	13
131	w.	41	Bruch des rechten äusseren Knöchels	30	30	—	5	23
132	w.	18	Bruch des rechten äusseren Knöchels	15	15	2	—	17
133	w.	70	Bruch des linken Knöchels	25	10	3	1	17
134	m.	35	Querbruch der r. Tibia, Splitterbruch d. Fibula	90	15	2	7	25
135	w.	22	Bruch des linken äusseren Knöchels	25	25	—	11	18
136	m.	40	Bruch des rechten Unterschenkels	20	10	1	5	21
137	w.	69	Knöchelbruch des linken Unterschenkels	20	15	2	—	3
138	m.	61	Verstauchung des rechten Fusses und Bruch d. Fibula	—	—	Unt. 13 Wochen		
139	m.	47	Verstauchung des linken Fussgelenkes	20	10	—	11	15
140	m.	71	Verstauchung d. rechten Fussgelenkes	15	15	1	10	20
141	m.	41	Verstauchung d. rechten Fussgelenkes	20	10	3	—	24
142	m.	56	Verrenkung des linken Fussgelenkes	25	10	2	—	—
143	w.	28	Verstauchung (Fraktur?) des rechten Fussgelenkes	50	10	3	2	24
144	m.	32	Quetschung des linken Fersenbeines	25	10	2	10	4
145	m.	40	Verrenkung des linken Fussgelenkes	15	15	1	1	21
146	w.	50	Verrenkung des linken Fussgelenkes	15	15	—	11	19
147	m.	65	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	25	15	3	3	6
148	m.	22	Quetschung des linken Fussgelenkes	20	20	—	9	10
149	m.	35	Quetschung des linken Fusses	25	25	—	7	13
150	m.	68	Quetschwunde am linken Fuss	35	10	2	7	15
151	m.	39	Verstauchung des rechten Fusses	10	10	—	9	29
152	m.	64	Quetschung des rechten Fusses	10	10	1	4	12
153	w.	51	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	10	10	1	3	12
154	m.	50	Verrenkung des linken Fussgelenkes	20	20	1	2	8
155	m.	18	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	30	20	1	3	19
156	w.	55	Verrenkung des linken Fussgelenkes	15	10	1	2	19
157	m.	35	Kontusion des linken Fusses	20	20	—	9	27
158	w.	55	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	15	15	1	2	15
159	w.	51	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	15	10	1	—	5
160	m.	66	Verstauchung des rechten Fusses	—	—	Unt. 13 Wochen		
161	m.	55	Quetschung des rechten Fussgelenkes	20	10	1	9	7
162	m.	58	Distorsion des linken Fussgelenkes	45	30	3	2	22
163	m.	19	Verstauchung des linken Fussgelenkes	10	10	—	11	24
164	w.	54	Verrenkung des linken Fusses	20	20	3	1	1

Bei der Durchsicht der Tabelle fällt uns vorerst in der Mehrzahl der Fälle auf die fast durchweg lange Zeit die vergangen, bis der Unfall rentenfrei geworden ist, obwohl die Verletzungen leichterer Natur ohne Komplikationen waren. Trotzdem beanspruchen dieselben ein oder nahezu ein Jahr lang Rente. Es sind dies dieselben Arten der Verletzungen, nach denen die Träger derselben früher vor Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes nach Verlauf von fünf, höchstens zehn Wochen ohne wesentliche Beschwerden, bei unwesentlichem objektiven Befund — der in den ärztlichen Gutachten sich jetzt auch nicht anders stellt — als in ihrer Erwerbsfähigkeit sich nicht geschädigt ansahen. Vielfach wurde seitens der Verletzten keinerlei ärztliche Hilfe in Anspruch genommen.

In anderen Fällen, in denen der Unfall einfach als Verrenkung oder Quetschung eines Gelenkes bezeichnet wurde und nach 13 Wochen mit wesentlichem objektiven Befund grössere und langdauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorhanden war, ist es fraglich, ob s. Z. nicht ernstere Verletzungen zu Grunde gelegen haben. Besonders oft sehen wir dies bei den Fussgelenksverletzungen, denen nicht immer diejenige besondere Aufmerksamkeit und in jedem Fall eingehende Behandlung zu theil wird, die dieselben beanspruchen. Wie oft sehen wir noch nach als leicht angesehenen Verletzungen sehr bedeutende und nachhaltige Schädigung der Erwerbsfähigkeit entstehen.

Weitere Beachtung verdienen auch die Fingerverletzungen; sie sind durchweg nur so geringfügiger Art, dass der Verletzte dieselben für zu unbedeutend hält, um ärztliche Hilfe zu suchen, aber es treten in Folge weiterer Vernachlässigung umfangreiche Eiterungen ein, die eine lange Heilungsdauer erfordern.

Der Berufsgenossenschaft dürfte in Hinblick hierauf wohl zu empfehlen sein, den Versicherten einfache Vorschriften an die Hand zu geben, wie solche Unfallfolgen möglichst verhütet werden können.

Weiterhin lehren auch verschiedene Fälle, die konservative Behandlung von Fingerverletzungen nicht allzuweit zu treiben. Bei jeder stärkeren Quetschung mit ausgiebiger Betheiligung der Weichtheile und der Knochen ist es für den Verletzten stets besser, die gequetschten Partieen ausgiebig zu entfernen. In 10, höchstens 14 Tagen einen gut verheilten Amputationsstumpf zu haben, ist ihm vortheilhafter, als unter konservativer Behandlung nach 3 bis 6 Monaten ein verkrüppeltes, sehr schmerzhaftes Fingerglied, mit dem er nichts anzufangen weiss, dazu noch die Steifigkeit der übrigen Finger in Folge der langen Ruhigstellung der Hand als Extragabe. Eine kurze Erwähnung für sich mag No. 104 der Tabelle finden: Ein 18jähriger Tagelöhner zieht sich einen Bruch des rechten Oberschenkels zu und erhält als Anfangsrente 80 Prozent; nach 6 Monaten 20 Prozent und nach weiteren 7 Monaten 10 Prozent. Ein halbes Jahr später erfährt die Berufsgenossenschaft, dass der X. als Soldat eingestellt worden ist und entzieht ihm unter der Annahme, dass nunmehr volle Erwerbsfähigkeit eingetreten sei, die Rente. In allen über den Fall abgegebenen Gutachten war das rechte Bein als verkürzt bezeichnet worden, im letzten als um $2^1/_2$ cm. Es war für mich nun interessant, zu erfahren, ob ein Mann mit einer Verkürzung eines Beines von $2^1/_2$ cm wirklich Soldat auch bleiben konnte; ich erkundigte mich bei dem betreffenden Bataillonsarzt und erhielt von dem Herrn Kollegen in liebenswürdiger Weise die Mittheilung, dass der X. ohne irgend welche Beschwerden seiner Dienstpflicht genügt hat, Gefreiter geworden ist und sogar hätte kapituliren können.

Noch eine andere Frage hat mich zur Zusammenstellung der Tabelle bewogen. Die sämmtlichen angeführten Unfälle sind rentenfrei geworden, ohne dass einer der Verletzten einer mediko-mechanischen Behandlung unterworfen worden ist. Die Träger der Verletzungen waren in der Mehrzahl selbst Betriebsunternehmer resp. Angehörige derselben, in der grossen Minderzahl Arbeitnehmer. Sie hatten ureigenstes Interesse daran, sahen sich gezwungen, die Arbeit, sobald es nur anging, in irgend einer Weise wieder aufzunehmen, ihrer täglichen Beschäftigung, kraft der ihnen verbliebenen Fähigkeit, wieder nachzugehen. Es dürfte sich vielleicht der Mühe

lohnen, dieser Tabelle eine andere gegenüber zu stellen, die lediglich solche Fälle enthält, bei der die betreffenden Personen einer mechano-therapeuthischen Behandlung in einem Institut unterzogen worden sind, um zu sehen, auf welche Weise eine kürzere Heilungsdauer erreicht, die volle Erwerbsfähigkeit in kürzerer Frist wieder erlangt wird. Die alte Erfahrung, dass eine möglichst rasche Wiederaufnahme der Arbeit der beste Heilfaktor ist, wird sich nicht ändern lassen.

Unter den jetzigen Arbeitsverhältnissen — hauptsächlich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften — ist es einem Arbeiter schwer oder gar nicht möglich, oft beim besten Willen, in der ersten Zeit nach dem Unfall leichtere, für ihn passende Arbeit zu finden, um sich nach und nach wieder einzuarbeiten. Sie sind und bleiben auf die Krankenkassenunterstützung, auf ihre Rente angewiesen. Ihre Einweisung in ein mediko-mechanisches Institut wird von ihnen nicht als ein Mittel zur Besserung der Arbeitsfähigkeit angesehen, sondern nur als ein Bestreben der Berufsgenossenschaft, ihnen so rasch als möglich die Rente, von der sie vielleicht jetzt noch nothdürftig leben können, wieder zu entziehen. Kein Wunder, dass die Verletzten ungern in diese Institute gehen, dort allen Bestrebungen zur Besserung der Arbeitsfähigkeit möglichst Widerstand leisten, aber alles Andere lernen, als wieder arbeiten. Alle diese Erwägungen führen uns auf einen anderen Weg, der gangbarer ist und auf dem besser für die Verunfallten gesorgt werden könnte. Es sind dies Einrichtungen resp. Anstalten durch die Berufsgenossenschaften, noch besser seitens des Staates, der Invalidenversicherungen geschaffen, in denen die Verletzten — sobald soweit Heilung der Verletzung eingetreten ist, dass die Arbeit wieder aufgenommen werden kann — gemäss der ihnen verbliebenen Fähigkeit beschäftigt werden, wo ihnen Gelegenheit gegeben wird, nach und nach sich die verloren gegangene Geschicklichkeit und Brauchbarkeit ihrer Glieder wieder anzueignen, wo sie, wenn nöthig, für andere Berufe ausgebildet werden, wo die Unfallhysteriker und Neurastheniker wieder an Arbeit gewöhnt, nach und nach energischer und arbeitsfreudiger werden. Wird dann den Betreffenden ausser Zahlung an ihre Angehörigen selbst ein ihrer Arbeit entsprechender Lohn gewährt, so tritt noch ein weiteres zur Arbeit anspornendes Moment hinzu.

Chirurgische, wie mechano-therapeutische Behandlung kann dann in viel wirksamerer Weise damit verbunden werden, ohne den üblen Beigeschmack, wie jetzt, für den Verletzten zu haben.

(Schluss folgt.)

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von komplizirter Schädelverletzung mit Aphasie. Deckung des Defektes durch Knochenplastik.

Von Dr. Herm. Kaposi, Assistent der Klinik.

(Vortrag gehalten am 17. Dezbr. 1901 im ärztlichen Verein zu Heidelberg.)
Aus der Heidelberger chir. Klinik.

(Münch. med. Woch. 1902, No. 8.)

Ein in das Gehirn eingedrungener Splitter der vitrea verursachte 5 Monate nach der Verletzung, einem Stockschlage, der scheinbar nur einen oberflächlichen Abszess zur Folge gehabt hatte, einen Hirnabszess, welcher Trepanation nöthig machte und nach 10 Wochen in Anspruch nehmender Heilung einen Schädeldefekt von Thalergrösse zurückliess, zu dessen plastischer Deckung der Patient, ein 19jähriger Metzger, seine Einwilligung nicht gab. Von einer beim plötzlichen Beginn der Abszesssymptome aufgetretenen Lähmung des r. Armes und r. Facialis war am Schluss der Behandlung nur noch eine geringe Schwäche des Facialis vorhanden, keine Aphasie. Denkthätigkeit, Schreiben, Rechnen und Lesen ging etwas weniger gut wie früher. 2 Jahre später erhielt Patient auf dieselbe Stelle abermals einen Stockschlag, welcher von Bewusstlosigkeit, Lähmung des r. Armes, r. Beines und r. Facialis, sowie Inkontinenz von Blase und Mastdarm gefolgt war und eine Depression des unteren Defektrandes mit ausgedehnter Hirnzertrümmerung hervorrief. Nach Unschädlichmachung der Knochensplitter und Entfernung der zertrümmerten Hirnmasse trat Besserung ein, indem Arm- und Beinlähmung zurückging und das Sensorium freier wurde. Am 4. Tage stellte sich eine deutlich motorische Aphasie (Wernicke) heraus, welche sich durch die Lage des Defektes (Brocasches Zentrum) erklärte. Trotz späterer vorzüglich gelungener knöcherner, autoplastischer Deckung des Defekts (durch Czerny) blieb diese Aphasie bestehen, verbunden mit bedeutenderer Schwäche des r. Armes und Parese des r. Mundfacialis.

Die praktische Schlussfolgerung des Falles ist, dass Schädeldefekte doch zweckmässiger gedeckt als offen gelassen werden, da ausser der leichtern Verletzlichkeit des Hirns an der schwach bedeckten Stelle auch die spontane Knochenbildung nach mancher Richtung hin ungenügend sein kann, und auch Schmerzen und Unbehagen verschiedener Art, sowie epileptische Anfälle auf den Mangel des knöchernen Schutzes sich zurückführen lassen, deren Aufhören in manchen Fällen nach Deckung solcher Defekte beobachtet wurde.

Der in derartigen, wie der vorliegende, forensischen Fällen begutachtende Arzt wird die schon vor der Verletzung vorhandene „eigenthümliche Leibesbeschaffenheit“ zu berücksichtigen haben.

Seelhorst.

Ueber Verletzungen der Brust, speziell des Herzens.

Von Landgerichtsarzt Dr. Wetzel-München.

(Münch. med. Woch. 1902, No. 30.)

Verfasser theilt eine grössere Anzahl von Beobachtungen von Brustverletzungen und Herzwunden mit, welche er bei Sektionen gemacht hat. Sie bieten interessante Einzelheiten, welche im Original nachgelesen werden müssen.

Herzwunden, sowohl penetrirende wie erst recht nicht penetrirende, können spontan heilen, jedoch auch, anfänglich günstig erscheinend, noch durch Nachblutung zum Tode führen, ja, Herzmuskelwunden können, in Heilung begriffen, durch unglücklichen Zufall (z. B. Druckerhöhung bei Defäkation) durch Zerreissung einer Kranzarterie noch tödtliche Blutung herbeiführen. Durch Infektion können natürlich aus harmlosen Brustwandwunden Entzündungen des Mittelfellraumes, Herzbeutels, Brustfells tödtlicher Natur entstehen.

Die äussere Wunde lässt keine irgendwie sicheren Schlüsse auf die Art der inneren Verletzung zu, Lageanomalien der Organe, anatomischer und pathologischer Art, spielen eine Rolle; öfters entsteht, durch die Bewegungen des Verletzten und der Organe bedingt, ein komplizirter, gewundener Stichkanal, ja mitunter auch neben einander zwei innere Stichkanäle.

Auch die dem Brustraum angrenzenden Arterien müssen bei Verletzungen der Brusthöhle in Rechnung gezogen werden, so z. B. die Achselgefässe.

Einerseits können sehr schwere Herzverletzungen noch relativ lange Lebensdauer zulassen, so starb ein Mann mit Durchschiessung der Lunge und des Herzens erst drei Viertelstunden nach dem Selbstmordversuch und nahm in dieser Zeit noch komplizirte, den Thatbestand trübende Handlungen vor; andererseits können anscheinend leichte Kontusionen der Brustwand schwere, erst nach Jahresfrist den Tod herbei-

führende Organveränderungen (Klappenfehler in Folge Endokarditis, Nierenerkrankung) verschulden. Seelhorst.

Ueber manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose.

Aus dem Krankenhause „Bergmannstrost" zu Halle a. S. (Prof. Oberst.)

Von Dr. F. Roloff, Assistenzarzt.

(Centr. Bl. f. Chir. 1902 No. 16.)

An einer Reihe von Fällen ist es gelungen, Verrenkungen einzurichten, indem ganz allmählich mit den Händen eine Extension der verrenkten Extremität ausgeübt, der Zug langsam gesteigert und schliesslich, wenn die Gelenkflächen in einer Lage zu einander standen, dass die zwischen ihnen liegenden Hindernisse überwunden waren, eine Rückbewegung der Extremität in die normale Ruhestellung, welche sehr leicht war, da die Gelenkflächen meist schon einander gegenüberstanden, vorgenommen wurde.

Erprobt wurde das Verfahren an Schulterluxationen, bei welchen die Extension in Abduktion bis zur Vertikalen überging; auch gelang es, 2 Fälle von Vorderarmverrenkung mit dieser Methode einzurichten. Geduld ist nöthig, die Reposition nahm 3—13 Minuten in Anspruch. In 3 Fällen musste in Narkose reponirt werden. Seelhorst.

Ein Fall von Verrenkung des zweiten Halswirbels.

Von Dr. Lapin.

(Wratschebnaja Gaseta 1902, No. 29.)

Der Halstheil der Wirbelsäule wird seltener von Verletzungen betroffen als die übrigen Theile, und zwar kommen hier häufiger Verrenkungen, seltener Brüche vor. Von 1432 Fällen von traumatischen Verrenkungen der verschiedenen Gelenke entfallen auf Verrenkungen sämmtlicher Abschnitte der Wirbelsäule im Ganzen fünf Fälle. Die Häufigkeit der Verrenkungen nimmt progressiv in der Richtung von unten nach oben ab. Am häufigsten werden von der Verrenkung die vier unteren Wirbel, besonders der fünfte, selten der dritte und am seltensten der erste und zweite betroffen. Fälle von Verrenkung des zweiten Halswirbels sind nur in sehr geringer Anzahl beschrieben worden. L. fand im Ganzen neun derartige Fälle, von denen sechs von Abreissung des zahnförmigen Fortsatzes begleitet waren. Es giebt also im Ganzen drei reine Fälle von Verrenkung des zweiten Halswirbels. Die Erkennung der traumatischen Verletzungen der Wirbelsäule ist sehr schwer. Früher haben es die Chirurgen überhaupt abgelehnt, Brüche von Verrenkungen zu unterscheiden. Gegenwärtig ist die Differentialdiagnose dank den Röntgenstrahlen zugänglicher geworden. — In dem Fall L.'s handelt es sich um einen 31 jährigen Patienten, der am 15. Januar von ca. 8 m Höhe hinunterfiel, mit der rechten Seite des Stirnbeins an den federnden Bretterboden aufschlug und dann mit stark gestrecktem Halse auf die Knie kam; das Bewusstsein verlor er dabei nicht. Zu Hause angelangt, empfand er einen heftigen Schmerz im hinteren Theile des Halses. Den Kopf zu bewegen war er nicht im Stande. Die Nächte verbrachte er sitzend, ohne zu schlafen. Am 18. Januar wurde er in das Krankenhaus aufgenommen.

Status praesens: Patient ist gut gebaut, Muskelsystem gut entwickelt; Kopf unbeweglich, etwas nach hinten gestreckt und nach der linken Seite gebeugt. Kinn und Nasenspitze nach links gerichtet. Halsmuskeln, besonders rechts, stark gespannt. Linke Schulter höher als die rechte. Hinterhauptmuskeln schwach gespannt. Heftige spontane Schmerzen im hinteren Theile des Halses, hauptsächlich links im Gebiet der ersten vier Wirbel. Gleicher Schmerz in der rechten Hälfte des Stirn- und des linken Scheitelknochens. Es sind weder aktive, noch passive Bewegungen des Kopfes möglich. Die Dornfortsätze der 4 unteren Wirbel werden an normaler Stelle gefühlt, der Dornfortsatz des zweiten Halswirbels ragt nach hinten hervor und ist nach unten und links (von der Mittellinie) um 0,5 cm dislozirt. Der Fortsatz ist unbeweglich. Eine Krepitation ist nicht vorhanden. Im Gebiet des ersten Halswirbels nichts Abnormes. Per os fühlt man den oberen Rand des Körpers des dritten Halswirbels. Druck auf den Fortsatz giebt keine Krepitation, ruft aber im hinteren Halstheil einen Schmerz hervor. Oberhalb des Vorsprunges befindet sich eine Vertiefung. Schluckvermögen normal. Innere Organe bieten nichts Abnormes. Temperatur normal, desgleichen Nervensystem und Sinnesorgane. Schlaf mangelhaft in Folge der Schmerzen im hinteren Theile des Halses. Der Patient ist nicht im Stande zu liegen und sitzt grösstentheils, den Kopf und den Hals vor Bewegungen schützend.

Diagnose: Verschiebung des Körpers des dritten Halswirbels nach vorn, unvollständige Drehverrenkung des zweiten Halswirbels, Abweichung des Körpers desselben nach hinten und Drehung nach rechts. Am 21. Januar wurde, nachdem am Tage zuvor eine radioskopische Untersuchung ausgeführt worden war, konstatirt, dass die Verrenkung spontan zurückgegangen ist. Es waren aktive Bewegungen des Kopfes möglich: Drehung und Beugung nach allen Seiten. Die Spannung der Muskeln war rechts geringer, desgleichen der Schmerz im hinteren Theile des Halses. Der Dornfortsatz des zweiten Halswirbels ragte weniger nach hinten hervor und befand sich in der Mittellinie. Per os fühlte man den Körper des dritten Wirbels nicht so scharf hervortreten, und in der oberhalb desselben befindlichen Vertiefung fühlte man einen harten knöchernen Körper. Nasenspitze und Kinn zeigen normale Verhältnisse. Um den zweiten Wirbel in seine richtige Lage zu bringen, wurde leichte Massage angewendet, zur Linderung der Muskelspannung Chloroform mit Provenceröl. Die Exkursion der Kopf- und Halsbewegungen wurde immer grösser. Am 18. Februar konnte der Patient als vollständig geheilt entlassen werden.

Lb.

Ein Fall von Luxation des linken Radius nach innen hinten.

Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.; Dir. Prof. Rehn.

Von Assistenzarzt Dr. Amberger.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. Bd., Heft 3.)

Verf. beobachtete die bisher nicht beschriebene Luxation bei einem fünf Monate alten Kinde. Die Art der Entstehung, ob angeboren oder bei der Geburt (Sturzgeburt) hervorgerufen, konnte nicht festgestellt werden. Bei der Untersuchung präsentirte sich der linke Vorderarm mit der Streckseite nach oben, während die linke Hand mit der Volarseite nach oben gerichtet war; es schien eine Ueberpronation vorzuliegen, der Daumen war gerade nach aussen gerichtet. Das Radiusköpfchen fehlte an seiner normalen Stelle. Bewegungen im Ellenbogengelenk waren, abgesehen von der sehr beschränkten Pro- und Supination, frei. Mehrfache Röntgen-Aufnahmen ergaben, dass es sich um eine Luxation des Radius nach innen und hinten handelte.

Die Luxation wurde von einem über das Olekranon verlaufenden Schnitte aus blutig reponirt; das Resultat war recht gut.

Verf. erklärt das Zustandekommen der Luxation in der Weise, dass der Unterarm in übermässiger Weise pronirt wurde. Der Radius gelangte in Folge dessen zuerst auf die Vorderfläche der Ulna (Lux. anterior, eine besonders bei Kindern nicht seltene Form der isolirten Radiusluxation) und bei weiter wirkender Gewalt auf ihre Rückseite.

Niehues-Berlin.

Vergiftungen.

Zwei Fälle von Lysolvergiftung.

Von Dr. Tausch, Ass.-Arzt der inneren Abtheilung des Elisabeth-Krankenhauses zu Berlin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 34.)

Die Selbstmorde durch Lysol scheinen, nicht ohne Schuld sensationeller Zeitungsnachrichten, Mode zu werden. Verf. sah kurz hinter einander zwei Fälle, die zwei verschiedene Formen der Wirkung dieses Giftes veranschaulichen.

Im ersten Fall waren zwei Esslöffel reinen Lysols von einer sonst gesunden jüngeren Frau getrunken worden. Das Krankheitsbild wies als Haupttheile Bewusstlosigkeit und Herzschwäche auf. Der Mund war nur an den Lippen verätzt. Nach Magenspülung trat rasche Heilung ein. Es erfolgte noch ein paarmal Erbrechen, einige Tage bestand geringes Fieber und leichter Luftröhrenkatarrh. Der Harn hatte 1021 spezif. Gewicht, war schwarzbraun, aber eiweissfrei.

Der andere Vergiftete, ein schon älterer Mann, hatte ca. 100 ccm Lysol getrunken. Er war nur kurze Zeit leicht somnolent, sprach aber bald völlig heiser, hatte röchelnde Athmung und ging an Lungenentzündung zu Grunde. Wesentliche Magenbeschwerden hatte er auch nicht, der Harn verhielt sich wie bei der anderen Vergifteten.

Ueber einen Fall von akuter Karbolsäure-Vergiftung.

Von Dr. A. F. Goldenberg.

(Praktitscheski Wratsch, 1902, No. 14.)

Ein Bauer bekam aus Versehen statt Schnaps ca. 30,0 Karbolsäurelösung, deren Konzentration zwar nicht genau feststeht, die jedoch sicherlich mehr als 5 Prozent betrug. Der Bauer hat nach Bauernart die Flüssigkeit mit einem Ruck in die Mundhöhle geschleudert, aber sofort Brennen verspürt und noch die Hälfte der Flüssigkeit auszuspucken vermocht. Der hinzugerufene Verf. fand den Kranken, auf dem Bett liegend, mit halb geöffneten Augen. Pupillen nicht erweitert, Reflexe nicht vorhanden; vollständige Bewusstlosigkeit; Puls nicht fühlbar. Lautes Athmen mit Trachealgeräuschen, wie bei Sterbenden. Es wird dem Kranken Natrium sulphuricum eingeflösst, welches jedoch nicht verschluckt und mit einem Hustenstoss herausgeschleudert wird. Trotzdem seit der Vergiftung bereits so viel Zeit verstrichen war, dass der Fall als aussichtslos angesehen werden konnte, entschloss sich Verf. doch, Magenausspülungen vorzunehmen, was bei dem bewusstlosen Patienten, dessen Zähne krampfhaft zusammengepresst waren, allerdings mit grossen Schwierigkeiten verknüpft war. Der Kranke wurde von drei Männern in aufrechter Stellung festgehalten, die Mundhöhle mit Gewalt aufgesperrt. Bei den ersten beiden Versuchen, den Magenschlauch einzuführen, stellte sich heftiges Erbrechen ein, wobei grosse Quantitäten Mageninhalt mit Karbolgeruch entleert wurden. Beim dritten Versuch gelang es, die Sonde in den Magen einzuführen, worauf der Magen ca. $1^1/_2$ Stunden gespült wurde, bis das Wasser klar und geruchlos zurückkam. Der Patient kam zu sich und erholte sich unter üblicher Nachbehandlung vollkommen. Nach zehn Tagen sah Verf. den Patienten wieder, der sich vollkommen wohl fühlte, zu gehen und zu arbeiten im Stande war und nur über eine gewisse Schwäche und leichten Schmerz in der Magengegend und über mangelhaften Appetit klagte. Verf. meint, dass der Patient seine Rettung dem Umstande verdankt, dass sein Magen bei der Einnahme des Giftes überfüllt war.

Lb.

Zwei Fälle tödtlicher Vergiftung durch Genuss von Schwefelkohlenstoff.

Von Med.-R. Dr. von Brunn, Kreisphys. in Cöthen.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1902. No. 18.)

Eine dankenswerthe Bereicherung der geringen Kasuistik der akuten Schwefelkohlenstoffvergiftungen. In beiden Fällen handelt es sich um unglückliche Zufälle bei ländlichen Arbeitern. Der zur Vertilgung von Raubzeug benützte Schwefelkohlenstoff wurde sorglos in Bierflaschen und dergleichen verwahrt und so von Unkundigen gelegentlich getrunken.

Das Krankheitsbild setzte sich aus Magenerscheinungen — Schmerzen und Erbrechen — und Hirnstörungen — Bewusstlosigkeit, Krämpfe — zusammen. Die Farbe der Todtenflecke war hellroth, dem Befunde einer Kohlenoxydvergiftung ähnlich. Bei dem einen Todten fanden sich ausserdem die Todtenflecke von Blutaustretungen durchsetzt. Das Gehirn war gelbgrünlich verfärbt. Chemisch liess sich Schwefelkohlenstoff in den Organen, im Harn und Blut nachweisen, spektroskopisch im Blut nicht.

Ohrenheilkunde.

Soziale Gesetzgebung und Ohrenheilkunde.

Von O. Körner.

(Münchener mediz. Wochenschrift. No. 31, 2. August 1902.)

Verf. giebt der alten Klage über den Mangel einer Prüfung in Ohrenkrankheiten Ausdruck mit dem gewichtigen Hinweis auf die dadurch entstehenden Schwierigkeiten und Fehlschlüsse bei Begutachtungen; er erinnert an die Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnosestellung im Interesse der Kässner, so bei Otitis media acuta, bei Trommelfellrupturen, bei Frakturen der Basis cranii. Für einen Ungeübten ist die Diagnose einer einseitigen Schwerhörigkeit bei Simulanten sehr verlockend; die Hörprüfung mit der Flüstersprache hat ihre bekannten Schattenseiten. Die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit Ohrenkranker sollte man nur dem Spezialisten überlassen. Weiss.

Die Bedeutung der tuberkulösen Belastung für die Entstehung von Ohrenkrankheiten bei Kindern.

Von Ottmann-Marburg.

(Münch. mediz. Wochenschrift No. 29, (22. Juli 1902.)

O. untersuchte 7537 Kinder, von denen 2142 als ohrenleidend befunden wurden; der grössere Theil derselben stammte aus tuberkulösen Familien; die weiterfortgeführte Statistik ergiebt, dass die tuberkulösen Familien doppelt so viel ohrkranker Kinder haben wie die gesunden. Auf Grund seiner übrigen Nachforschungen kommt O. zu dem Schluss, dass die Zahl schwerhöriger Kinder in einer Familie auch den Grad der tuberkulösen Belastung entspreche und dass durch letztere natürlich die Entstehung von Ohrerkrankungen begünstigt werde.

Ziele und Wege der Funktionsprüfung des Ohres.

Von G. Zimmermann.

Klin. Vorträge aus dem Gebiet der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Haug. Bd. V. Heft 8. Jena 1902).

Der Autor beginnt seine interessante Studie mit dem Hinweis, dass die Taschenuhrprüfung bisher falsch ausgedrückt wurde, wofür er an der Hand der physikalischen Gesetze den Beweis erbringt. Die Prüfung mittelst der Sprache hat den Vortheil, dass auch gesehen wird, ob der Patient objektiv richtig hört, nicht blos hört; sie ist aber sehr schwer exakt auszuführen, da man das andere Ohr nur schwierig ausschliessen kann. Z. empfiehlt deshalb eine besondere Kontrolmethode des zu untersuchenden Ohres. Nach einigen persönlichen Bemerkungen betreffs eines Referates Liebermann's kommt Z. auf seine Theorie der Hörmechanik zu sprechen, die be-

kanntlich die alte Helmholtz'sche über den Haufen wirft; als weiterer Beweis für die Richtigkeit jener wird eine Arbeit von Mader, der mittelst Mikrophons die Schallleitung studirte, begrüsst. Die Knöchelchen haben nur mehr den Zweck, allzustarke Eindrücke abzudämpfen; sie haben störende Nachschwingungen zu verhindern. Es wird dann über die Perception und den Ausfall hoher und niedriger Töne eingehender gesprochen; bei Mittelohrerkrankung fallen die tiefen, bei Labyrintherkrankung die hohen Töne aus. Die Schneckenfenstermembran, die nach Helmholtz nur nebensächlich betheiligt war, hat den Zweck, die feinsten Schallschwingungen weiterzuverbreiten, für welche ja die knöcherne Schneckenkapsel nicht geeignet wäre. Andere Wege der Gehörsprüfung, wie z. B. mit dem Klavier, mit den Stimmgabeln hindern ihre Beachtung; dabei wird der Vorschlag, den Rinne'schen Versuch zu streichen, begründet und der so selten angewandte Gelle'sche mehr in den verdienten Vordergrund gerückt. Erörterungen über Schwierigkeiten in differentiell-diagnostischer Beziehung sowie über Simulation und Mittel zu ihrer Entlarvung schliessen seine empfehlenswerthe Arbeit.

Weiss.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die erste Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins

in München am 15. und 16. September.

Der Deutsche Medizinalbeamtenverein hielt seine erste Hauptversammlung am 15. und 16. September in München ab. An derselben nahmen 108 Mitglieder theil. Den Vorsitz führte Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden. Nach Begrüssung seitens der Behörden und Vertreter einzelner Bundesstaaten und der Stadt München erstattete der einstweilige Schriftführer, Dr. Flinzer-Plauen, den Jahresbericht. Von den Angaben des Berichtes sei nur hervorgehoben, dass der Verein bereits 1136 Mitglieder zählt.

Die aufgestellten Satzungen des Vereins wurden en bloc angenommen und dabei dem Vorstande anheimgegeben, einzelne redaktionelle Aenderungen vorzunehmen. Der einstmalige Vorstand wurde einstimmig wiedergewählt, mit der Ausnahme, dass an Stelle des Dr. Waibel-Kempten der Bezirksarzt Dr. von Dall' Armi-München trat.

Den wissenschaftlichen Theil eröffnete Geh. Rath Prof. Dr. **Fritsch**-Bonn mit dem Vortrage: Ueber die Bedeutung der Einwilligung der Patienten zu operativen Eingriffen. Referent betonte die durch die Fortschritte der Medizin, namentlich der Hygiene, und durch die Unfallgesetzgebung veränderten Verhältnisse, welche das ärztliche Können bezüglich der Vorbeugung und Heilung von Krankheiten bedeutend erweitert haben. Ja noch mehr, der Kranke soll nicht allein geheilt, er soll auch wiederum arbeitsfähig werden. Die zur Heilung nothwendigen Operationen sind in letzter Zeit, auch von höchsten Gerichtshofen, als Körperverletzungen aufgefasst. Die Untersuchung über die Strafbarkeit dieser Operationen ist eine rein juristische, in jedem Falle ist aber eine Operation, die den Zweck hat, einen Menschen zu heilen, niemals eine Körperverletzung oder eine Misshandlung. So weit es möglich, soll jeder Arzt zu einer Operation sich der Zustimmung des Patienten vergewissern. Gesetzliche Bestimmungen jedoch über die Nothwendigkeit der Einwilligung der Patienten zu einer Operation liegen nicht im Interesse der Aerzte, noch weniger im Interesse der Patienten. Das Einholen der Einwilligung ist vielmehr eine ethische Pflicht des Arztes, kann aber weder zur Exkulpirung bei fehlerhaftem Handeln noch zur Rechtfertigung des ärztlichen Handelns überhaupt dienen.

Prof. Dr. **Cramer**-Göttingen bespricht den normalen und pathologischen Rausch in der forensischen Praxis. Obgleich der Rausch als Folge übermässigen Alkoholgenusses stets etwas Krankhaftes, eine Vergiftung ist, so kommt er im Leben so häufig vor, dass der gewöhnliche Rausch im Volksbewusstsein als eine Krankheit nicht angesehen wird. Von diesem Rausch, bei dem der Träger seine „Direktion" noch immer behält, ist der eigentlich pathologische Rausch zu unterscheiden. Derselbe entsteht 1. in einem invaliden Gehirn, dessen Störungen angeboren oder erworben, dauernd oder vorübergehend sein können. Zu diesen Störungen gehören Epilepsie, Schwachsinn, Hysterie, degenerative Zustände, — Trauma, akute Infektionskrankheiten, Neurasthenie, chronischer Alkoholismus, Arteriosklerose, Lues, organische Gehirnerkrankungen wie Paralyse, senile Demenz und (selten) Apoplexie. Zum Zustandekommen des pathologischen Rausches gehört ferner ein begünstigendes Moment. Dieses kann gegeben sein durch starke Ueberanstrengungen, Infektionskrankheiten, starke Hitze, sexuelle Exzesse, Trauma, Affekte, erschöpfende Momente, Tabakgenuss u. s. w. Drittens endlich wird der pathologische Rausch charakterisirt durch eine Reihe von Erscheinungen, welche beim gewöhnlichen Rausch fehlen: Sinnestäuschungen, Angstzustände, delirante Zustände, Pupillenveränderungen, ferner Erinnerungsdefekte, Bewusstseinsstörungen, Störungen am Anfang und am Ende des krankhaften Zustandes, terminaler Schlaf u. s. w. Die Handlungen im pathologischen Rausch sind häufig Gewaltakte.

In der Diskussion weist Dr. Gudden-München auf die gesteigerte Erregbarkeit nach dem Terminalschlaf und auf den trägen Ablauf der Pupillenreaktion hin.

Kreisassistenzarzt Dr. **Wolff**-Stralsund referirt über den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Art von Blut, Milch u. s. w. Die Uhlenhuth'sche Reaktion ist jetzt als eine sichere zu betrachten. Sie gelingt mit allen Jahre lang eingetrockneten Blutspuren und sogar mit faulendem Blut. Ferner gelingt es, durch Injektion von Milch verschiedener Herkunft, von Fleischauszügen aus gekochtem Fleisch bei Versuchsthieren spezifische Präzipitine zu erzeugen, welche immer nur gegenüber den Lösungen derjenigen Eiweisskörper, welche den Thieren einverleibt wurden, fällend einwirkten, so dass Verfälschungen z. B. von Hackefleisch, Würsten u. s. w. mit minderwerthigem Fleischmaterial leicht zu erkennen sind. Bei den Schwierigkeiten, welche mit der Gewinnung und Prüfung der Sera verknüpft sind, muss es als wünschenswerth bezeichnet werden, dass besondere Institute damit betraut werden. Die Ausführung der Reaktion jedoch soll den einzelnen Gerichtsärzten vorbehalten bleiben.

In der Diskussion bemerkt Prof. Dr. Ziemke-Halle, dass er einschlägige Untersuchungen zur Unterscheidung von Sperma angestellt habe, die jedoch zur Zeit noch nicht beendet sind.

Am zweiten Sitzungstage sprach Prof. Dr. **Fränkel**-Halle über wissenschaftliche und praktische Hygiene. Fränkel beschränkte sich hierbei auf das Gebiet der Infektionskrankheiten, besprach in formvollendeter Weise die einzelnen Krankheiten und die Wege ihrer Ausbreitung. Sodann wandte er sich zu den bei Ausbruch einer Krankheit zu ergreifenden Massregeln. F. fordert:

1. eine frühzeitige Erkennung der Krankheit,
2. eine strenge Durchführung der Anzeigepflicht,
3. die Absonderung der Erkrankten,
4. die Desinfektion (dauernde, Schlussdesinfektion),
5. Prüfung und Sperrung der Infektionswege.

Für die frühzeitige Erkennung sind öffentliche Anstalten, bakteriologische Laboratorien in grösserer Anzahl erforderlich, mindestens für jeden Regierungsbezirk je eines. Ueber die Stellung derselben, ob Abtheilungen bei den hygienischen Universitätsinstituten oder selbständige Laboratorien bei den Regierungen, lasse sich streiten; er selbst befürwortet die entsprechende Erweiterung der Universitätsinstitute.

Kreisarzt Dr. **Pfannmüller**-Offenbach spricht über die Betheiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung und berichtet zunächst über die Bestimmungen des 1893 im Grossherzogthum Hessen erlassenen „Gesetzes über die Beaufsichtigung der Miethswohnungen, Schlafstellen und Schlafräume" und die mit diesem Gesetz gemachten Erfahrungen. Dieselben sind durchaus günstig gewesen, im Kreise Offenbach z. B. ist keine Bestrafung wegen Nichtbefolgung der getroffenen polizeilichen Massnahmen nöthig gewesen. Zur weiteren Durchführung dieses Gesetzes wird durch Gesetz vom 7. August 1902, betreffend Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte, den Gemeinden aus der Landeskreditkasse Darlehen zu mässigem Zinsfusse gewährt. Diese Gesetzgebung kann als Vorbild für die übrigen Landestheile gelten.

Zum Schluss leitet Kreisarzt Dr. **Steinmetz**-Strassburg noch eine Diskussion ein über die Errichtung einer Zentral-Auskunftstelle über Kurpfuscher. Jeder Kreisarzt soll authentisches Material, namentlich auch gerichtliche Entscheidungen über Kurpfuscher sammeln und dasselbe dann abschriftlich den interessirenden Kreisärzten oder an eine Zentralstelle mittheilen. Es wurde dem Vorstande anheimgegeben, für die nächste Sitzung besondere Vorschläge zu machen.

Zum Schluss wurde dem Vorsitzenden von den versammelten Mitgliedern der Dank für die umsichtige Leitung ausgesprochen. A. N.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten

Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.

Sitzung vom 12. Mai 1902.

Vor der Tagesordnung stellt

Herr **Toby Cohn** einen Fall von Raynaud'schem Symptomenkomplex mit Sklerodermie vor.

43j. Pat., deren Vater an Krämpfen gestorben ist und deren Kinder sämmtlich todt sind, erkrankte vor 7 Jahren unter Schmerzen und Kribbeln in beiden Händen, welche besonders bei Kälte blau und weiss wurden, an Geschwüren und Verlust der Enden beider Zeigefinger und des rechten Mittelfingers. Seit ca. 2 Jahren traten dieselben Erscheinungen an den Füssen hervor. Gleichzeitig bekam Pat. Spannungsgefühl in den Gliedern und im Gesicht, Magenbeschwerden, zuletzt Kopfschmerz und Schwindel. Es bestanden Differenz der Pupillen, gesteigerte Kniesehnenreflexe, Herzschwäche und Verdickung der Haut namentlich an den Füssen und Unterschenkeln, am Rücken, an beiden Händen und stellenweise im Gesicht. Die Haut war hart, glänzte speckig und war abnorm an Rumpf und Gliedern pigmentirt. Die Finger livide mit leichenblassen Enden und Verstümmlung beider Zeigefinger des rechten Mittelfingers. Theilweise sind die Finger ankylotisch, die passiven Bewegungen schmerzhaft, ebenso wie an den steifen Füssen. Die Fuss- und Zehenhaut ist marmorirt, livide oder blass, an der linken Grosszehe und der rechten kleinen Zehe sind kleine Geschwüre sichtbar. Die Verbindung von Sklerodermie und den vasomotorischen Störungen der lokalen Asphyxie und Synkope wäre häufig; selten aber dabei das Bestehen einer symmetrischen Gangrän wie in dem vorgestellten Falle.

An der Diskussion betheiligten sich die Herren Oppenheim, Laehr und der Vortragende.

Tagesordnung:

1. Herr **Bloch:** Krankenvorstellung.

57j. Patientin, hat seit 10 Jahren einen Tic convulsif im Gebiete des rechten Facialis. (Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte). Nach erfolgloser anderweitiger Behandlung (Brom, Galvanisation) wurden Antipyrininjektionen in der Parotisgegend (wöchentlich 2—3 mal je eine Spritze einer Lösung von Antipyrin mit aqua destillata zu gleichen Theilen) vorgenommen. Danach liessen die Zuckungen fast völlig nach, es trat eine Lähmung im Gebiet des Stirnfacialis ein, während das mittlere und untere Facialisgebiet normale Funktion behielt. Der beachtenswerthe Heilerfolg halte jetzt schon im dritten Monat an, auch in dem nicht gelähmten Nervengebiet. Die Lähmung sei mechanisch bedingt, durch Druck auf den Nerven hervorgerufen. Auffallend sei, dass die Schädlichkeit, die alle drei Aeste des Nerven treffen musste, nur die Schläfenstirnäste affizirt hat. Die partiellen Facialislähmungen wären überhaupt nicht zu häufig. Die Lähmung sei eine ähnliche wie die durch Dehnung des Facialis bei Tic convulsif hervorgebrachte (Bernhardt), wobei in einem Fall die Zuckungen nach 10 Monaten wieder auftraten, weshalb die Prognose mit Vorsicht zu stellen sei.

Herr Bernhardt, Remak und Bloch betheiligen sich an der Diskusion.

Herr **Henneberg:** Hirntumor und Taboparalyse.

Zufälliges Zusammentreffen von Taboparalyse und Fibrom der Dura in der Gegend des Türkensattels; die Geschwulst hatte das Chiasma stark komprimirt und Blindheit hervorgerufen. Eine Diagnose des Tumor war nicht möglich.

Herr **Jolly:** Zwei Fälle von Paralysis agitans (Krankenvorstellung).

1. 32j. Mann, vor 2 Jahren mit Kreuzschmerzen erkrankt, zeigt charakteristische Haltung, Starre, wenig Tremor, Pro- und Retropulsion, fast bulbäre Sprache, schlechte Reaktion der Pupillen, Steigerung der Kniereflexe, Fussklonus, links Babinsky, euphorische Stimmung, unbezwingliches Lachen bei geringer Veranlassung. Annahme einer Komplikation von Paralysis agitans mit multipler Sklerose.

2. 54j. Mann, mit typischen Erscheinungen der Paralysis agitans. Aetiologie von Interesse: $^1/_2$ Jahr vor Beginn der P. a. Kontusion des rechten Beins durch Fall nach Schlag mit einer Deichsel gegen das Bein. Heilung mit 14 Tagen und Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit. Nach $^1/_2$ Jahr Zittern zuerst im getroffenen rechten Bein, dann im linken und dann erst in den Armen; nach 2 Jahren Erwerbsunfähigkeit. Mehrfache Begutachtungen, zuletzt in der Charité auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes. J. betont, dass die Voraussetzungen, welche gemacht werden müssen, um mit Wahrscheinlichkeit den Zusammenhang zwischen Trauma und Paralysis agitans annehmen zu können, nämlich erstens zeitlicher Zusammenhang und dann das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen in dem vom Trauma affizirten Körpertheil, in diesem Falle zutreffen. Das Trauma könne als auslösendes Moment wirken, während im Allgemeinen innere Ursachen, die durch das Lebensalter gegebene Disposition, eventuell hereditäre Momente, die Paralysis agitans verursachten.

Die Diskussion von Herrn Oppenheim, Remak, Bernhardt und Jolly dreht sich namentlich um die eigenthümliche Sprachstörung im ersten Falle, welche auf die Schüttellähmung, auf Rindenläsion (Erweichungsherde) oder auf Kombination mit multipler Sklerose bezogen wird. M. E.

Sitzung vom 9. Juni 1902.

1. Herr Kurt **Mendel** demonstrirt an einem Fall von infantilen Myxödem die günstige Wirkung der Organtherapie. Das typisch myxödematöse Kind von $8^1/_2$ Jahren ist seit dem dritten Jahre im Wachsthum stehen geblieben. Es hat seit einem Jahr Thyreoidintabletten 0,1 pro Tag, ansteigend bis 0,3 ohne ungünstige Nebenwirkungen erhalten. Auffallende Besserung. Lebhafteres Wesen, zwei neue Schneidezähne, dichtere Haare, geringerer Leibumfang, Zunahme der Körpergrösse um 10 cm. Das Röntgenbild der ersten Aufnahme Juni 1901 entspricht dem eines drei Jahre alten Kindes, das zehn Monate später angefertigte (Dr. Levy-Dorn) einem sieben Jahre alten Kinde. Die Knochen sind viel grösser und stärker entwickelt, viele neu hinzugekommen.

2. Herr **Liepmann:** Ueber Apraxie mit klinischer und anatomischer Demonstration (Gehirn des im März 1900 vorgestellten Falles von Apraxie.)

Der jetzt zur Sektion gekommene Kranke war einseitig apraktisch, d. h. er gebraucht die Gegenstände verkehrt, obwohl er sie richtig erkannte und auffasste. Er war also nicht agnostisch. Daher erwartete L:, dass die Hinterhaupts- und Schläfenlappen unversehrt seien. Der Kranke war auch nicht ataktisch, hatte aber den Zweckcharakter der Bewegung verloren. Die Apraxie verhalte sich zur Ataxie wie die Aphasie insbesondere die Paraphasie zur Artikulationsstörung. Es handle sich um eine Bewegungsverwechslung; es wird eine koordinirte Bewegung statt der verlangten gemacht, oder es wird keine normale Zweckbewegung gemacht. Auch um Seelenlähmung (Bruns-Oppenheim) könne es sich bei der Apraxie nicht drehen, da bei ersterer nur eine Erschwerung der willkürlichen Beweglichkeit vorliege, welche bei starkem Zureden und Ausübung eines gewissen Zwanges schwinde und zur Eupraxie führe.

Dem Apraktischen ist der Arm zum umbrauchbaren Instrument geworden.

Im weiteren Krankheitsverlauf stellten sich noch zwei Schlaganfälle bei dem Patienten ein, wodurch erst eine rechtsseitige, dann eine linksseitige Hemiplegie erzeugt wurde. An einer Pneumonie starb er. Die Annahmen des Vortragenden über den Sitz der Affektion fanden sich bei der Sektion im Wesentlichen bestätigt. Es ergab sich ausser starker Arteriosklerose eine muldenförmige Einsenkung des linken Gyrus supramarginalis und oberen Scheitelläppchens, darunter eine Cyste, in der linken Insel eine schmale Cyste, ein sehr atrophischer Balken mit einer kleinen Cyste, rechts ein symmetrisch gelegener kleinerer Herd im Gyrus angularis und ein Herd in der inneren Kapsel.

Zum Schluss stellt L. noch einen neuen Fall von Apraxie vor, welcher aber die Störungen in weniger ausgeprägter Weise zeigt. Der Kranke kann namentlich mit der linken Hand alltägliche Verrichtungen nicht richtig ausführen. Die nicht apraktischen Gesichtsmuskeln erweisen dabei sein erhaltenes Sprachverständniss. Ausserdem besteht Sprach-, Schrift- und Lesestörung. L. nimmt doppelseitigen Scheitellappenherd auch in diesem Fall an.

Herr Oppenheim giebt gewisse Differenzen zwischen der Apraxie und der Seelenlähmung zu, hält diese Unterschiede aber für keine durchgreifenden und bedauert im Interesse einer völligen Klarstellug des Falles den Befund von so mannigfachen Veränderungen im Gehirn.

Herr Liepmann schliesst die Diskussion mit einigen Bemerkungen über das Verhältniss von Seelenlähmung zur Apraxie. (Schluss folgt.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Aerztliches Obergutachten, betreffend die traumatische Entstehung eines Schenkelbruches.

Auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts habe ich am 13. Juli 1901 die Expedientin Charlotte A. ärztlich untersucht.

Die Klagen der A. bestehen zur Zeit in ziehenden Schmerzen im Leibe und der Umgebung der Operationsnarbe, die sich beim Stehen so erheblich steigern sollen, dass die A. ihrer Meinung nach erwerbsunfähig ist.

Objektiv ergiebt sich bei der für ihr Alter recht kräftigen und gut genährten Frau in der rechten Schenkelbeuge eine 5 cm lange feste Narbe. Beim Aufstehen und Husten treten in der Schenkelbeuge keinerlei Ausstülpungen oder Hervorwölbungen des Bauchinnern (d. h. also kein erneut auftretender Bruch) hervor, so dass die A. durch die am 4. Juli 1900 vorgenommene Operation zur Zeit als vollkommen geheilt von ihrem Bruchleiden zu gelten hat.

Aus den Angaben der A. geht hervor, dass sie am 16. Mai 1900 einen Fall erlitten hat, der nach ihrer bestimmten, heute hier gemachten Aussage auf die linke Hüfte erfolgte, die von Blut schwarz unterlaufen gewesen sein soll. Gleich darauf will sie in der rechten Leistenbeuge an der Stelle der Schenkelbruchpforte eine Geschwulst wahrgenommen haben, die am 20. Mai 1900 dem Arzte gezeigt wurde. Nach sechswöchentlichem Wohlbefinden traten Anfang Juli 1900 Einklemmungserscheinungen auf, und am 4. Juli 1900 wurde die A. im städtischen Krankenhause am Urban an einem typischen kleinen, eingeklemmten Schenkelbruch operirt und geheilt.

Was die Entstehung der Schenkelbrüche anbetrifft, so geht dieselbe in der Regel ganz allmählich vor sich, indem das Bauchfell sich an einer neben der Schenkelvene befindlichen schwachen Stelle vorwölbt, also einen Bruchsack bildet, in den dann Eingeweide eindringen.

Während bei Leistenbrüchen unter gewissen Umständen (in seltenen Fällen) [1]) durch eine Verletzung, welche die Leistengegend (Leistenkanal) besonders betrifft oder die mit starker plötzlicher Erhöhung des Druckes in der Bauchhöhle einhergeht, die Entstehung eines Leistenbruches verursacht werden kann, ist die Entstehung eines Schenkelbruches nach Verletzung sehr viel seltener. Mir ist kein Fall, welcher zweifelsfrei wäre, aus der Literatur oder aus meiner Erfahrung bekannt, womit natürlich nicht ausgeschlossen ist, dass gelegentlich ein Schenkelbruch durch einen Unfall bedingt sein kann.[2])

---

[1]) So hat Lauenstein (Deutsche Medizinische Wochenschrift No. 26, 1890) einen Leistenbruch durch Unfall beschrieben.

Bilfinger (Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 64 I, S. 177) berichtet ebenfalls von einem Bruch, der durch einen Unfall (Stoss durch ein Ochsenhorn in der linken Unterbauchgegend) hervorgerufen wurde, und führt in seiner Abhandlung einige weitere Fälle an, die den Zusammenhang zwischen einem Unfall und einem Eingeweidebruch sicherstellen. — Ebenso Galin-Langenbecks Archiv, Bd. 60.

[2]) So hat z. B. Professor Narath in Utrecht in einer Reihe von Fällen nach gewaltsamer Reposition (Einrenkung) von ange-

Was den in Rede stehenden Fall anbetrifft, so muss zunächst gesagt werden, dass die von der A. angegebene Art der Verletzung (Fall auf die linke Hüfte, woselbst ein grosser Bluterguss entstanden sein soll) durchaus nicht als geeignet erscheint, eine plötzliche Bruchbildung in der rechten Schenkelbruchgegend hervorzurufen. — Gegen die Entstehung des Bruches durch den Unfall spricht ferner, dass die A. und auch der behandelnde Arzt Dr. F. angegeben haben, es sei unmittelbar nach dem Falle eine Geschwulst hervorgetreten. Wenn durch eine Verletzung das weiche Gewebe, das für gewöhnlich eine Lücke neben der Schenkelvene (Schenkelkanal) verschliesst, zerrissen wird — was im Bereiche der Möglichkeit liegt —, so kann doch im unmittelbaren Anschluss an diese Verletzung eine Hervorstülpung des Bauchfelles mit Nachdringen der Eingeweide (d. h. also ein Eingeweidebruch) nicht erfolgen. Vielmehr entwickelt sich diese Vorstülpung des Bauchfelles erst ganz allmählich, indem das Bauchfell, das an der betreffenden Stelle seine normale Stütze verloren hat, vorgedrängt wird, eine Art Sack bildet, in den später Eingeweide eintreten. Also spricht gerade das von der A. behauptete sofortige Hervortreten des Bruches entschieden gegen eine Entstehung des Bruches durch den Unfall. Es ist vielmehr anzunehmen, dass ein kleiner, leerer Bruchsack bereits vorhanden war und der Eintritt von Eingeweide in diesen Bruchsack erst bei Gelegenheit des Unfalls bemerkbar geworden ist.

Bei der am 4. Juli 1900 vorgenommenen Operation wurde ein kleiner Bruchsack an typischer Stelle vorgefunden, in welchem etwas Besonderes — wie Reste eines Blutergusses — nicht nachgewiesen werden konnte.

Mein Gutachten fasse ich dahin zusammen, dass bei Schenkelbrüchen eine sichere Entstehung durch eine Verletzung noch viel seltener ist als bei Leistenbrüchen. Hingegen ist eine selbständige (spontane) Bruchbildung, namentlich bei älteren Frauen sehr häufig. Im vorliegenden Falle vermag ich nicht anzunehmen, dass durch den Sturz am 16. Mai 1900 der Schenkelbruch entstanden ist, sondern kann höchstens zugeben, dass in Folge des Sturzes vorübergehend Eingeweide in den bereits bestehenden Bruchsack eingetreten sind.

Die Brucheinklemmung vom 4. Juli 1900, von der die A., wie überhaupt von ihrem Bruchleiden durch die Operation vollkommen geheilt wurde, steht mit dem Falle vom 16. Mai 1900 in keinerlei Zusammenhang, sondern datirt höchstens vom 1. Juli 1900 ab.

Berlin, den 22. Juli 1901.

Professor Dr. W. Körte,

Sanitätsrath und Direktor der chirurgischen Abtheilung des Städtischen Krankenhauses am Urban.

Nach der durch dieses Obergutachten gewonnenen Aufklärung hat auch das Rekursgericht eine traumatische Entstehung des Schenkelbruches der Klägerin nicht für wahrscheinlich erachtet, und dieser deshalb, ebenso wie die Vorinstanzen, die Gewährung einer Unfallentschädigung versagt.

(Amtl. Nachr. d. R.-Vers.-Amts.)

borenen Hüftgelenksverrenkungen eine Bruchbildung in der Schenkelbeuge allerdings nach aussen von der gewöhnlichen Stelle festgestellt (vergleiche Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 59, 1899).

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Funke und **Hering,** Die gerichtlichen Kosten des Verfahrens vor dem Reichs-Versicherungsamt und den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung. Berlin 1902. Verlag von A. Asher & Con. VIII und 219 S. Gross-Oktav. In Lwd. geb. M. 3,80.

Das auf Grund amtlichen Materials verfasste und eingehend kommentirte Werk enthält u. A. eine systematische Darstellung der Vorschriften über die Berechnung der Zeugen- und Sachverständigengebühren — unter besonderer Berücksichtigung der den deutschen Aerzten im Streitverfahren vor dem Reichs-Versicherungsamt und den Arbeiterversicherungs-Schiedsgerichten zustehenden Gebühren — und bietet den Verwaltungen von Krankenanstalten eine werthvolle Anleitung bei der Behandlung der Kosten, welche ihnen durch die Beobachtung der vom Reichs-Versicherungsamt und den Schiedsgerichten eingewiesenen Personen erwachsen.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Berechnung der Gebühren der ärztlichen Sachverständigen in Unfallversicherungssachen sind, wie bekannt, keineswegs für Jedermann durchsichtig. Die Kaiserlichen Verordnungen, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung und vor dem Reichs-Versicherungsamt verweisen hinsichtlich dieser Gebühren auf die deutsche Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige. § 13 dieses Gesetzes hält wiederum die für gewisse Arten von Sachverständigen bestehenden besonderen Taxvorschriften aufrecht, und letztere sind sehr mannigfaltig. So gilt für Preussen das Gesetz betreffend die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher u. s. w. Geschäfte zu gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872, welches zwar an erster Stelle nur für die beamteten Aerzte bestimmt ist, aber nach seinem § 7 auch auf nichtbeamtete Aerzte in Ermangelung anderweiter Verabredung Anwendung finden soll, wenn sie zu den dort behandelten Verrichtungen amtlich aufgefordert werden. Diese Vorschriften werden aber sämmtlich wieder durchbrochen durch den vom Reichs-Versicherungsamt aufgestellten und auch dem Rechnungshof des Deutschen Reichs gegenüber mit Erfolg vertretenen Grundsatz, dass die Gebührenfestsetzung für Universitätsprofessoren, Leiter grösserer Krankenhäuser und andere hervorragende Sachverständige, welche nicht zu den beamteten Aerzten gehören, nach freiem Ermessen entsprechend der Leistung im Einzelfall zu geschehen habe, bis zu einem Höchstbetrage von 60 Mk. für das schriftliche Gutachten einschliesslich der Vorbereitung (Untersuchung, Anstaltsbeobachtung etc.), sofern sie von einem Schiedsgericht oder dem Reichs-Versicherungsamt unmittelbar zur Erstattung schriftlicher Gutachten zugezogen werden.

Diese und ähnliche für den Praktiker wichtige Grundsätze und geltende Gesetze sind nach den Bundesstaaten sehr übersichtlich geordnet vollständig dargestellt.

Das Reichs-Versicherungsamt empfiehlt das Buch mit den Worten: „Es ist für alle mit der Arbeiterversicherung in Berührung stehenden Kreise (auch für Aerzte, Krankenanstalten) von besonderem Werthe.“ (Amtl. Nachrichten des R.-V.-A., 1902, S. 553.)

Wir können uns dieser Empfehlung des gediegen ausgestatteten Werks um so mehr anschliessen, als es das erste und einzige seiner Art ist und eine Lücke ausfüllt, die sich in Interessentenkreisen schon oft bemerkbar gemacht hat.

Auf Einzelheiten behalten wir uns vor, später zurückzukommen. R—e.

Tagesgeschichte.

Staatliche Zentralstelle für die gerichtliche Blutprüfung.

Die Errichtung einer staatlichen Zentralstelle für die gerichtliche Blutprüfung verlangt Stabsarzt Dr. Uhlenhuth vom

hygienischen Institut der Universität Greifswald in einer Arbeit über die praktischen Ergebnisse der forensischen Serodiagnostik des Blutes, die er in der „Deutsch. med. Wochenschr." veröffentlicht. Er kommt zu dem folgenden Schlusse: „Die spezifische Serumdiagnose zur Erkennung von Blut arbeitet forensisch ausserordentlich exakt und sicher, aber nur dann, wenn man alle in Betracht kommenden Kautelen auf das Sorgfältigste beachtet. Um das zu können, bedarf es längerer Uebung und Erfahrung, die man von vornherein bei den auf diesem Gebiete unerfahrenen Gerichtschemikern nicht voraussetzen kann. Zu einer exakten forensischen Blutuntersuchung gehört ein brauchbares, staatlich geprüftes Serum und ein erfahrener Sachverständiger. Fehlen diese beiden Faktoren, so sind schwere Irrthümer nicht ausgeschlossen, und die an sich so exakt arbeitende Methode kommt gar zu leicht in Misskredit. Es ist daher die Errichtung einer Zentralstelle nicht nur für die Serumgewinnung und Serumprüfung, sondern auch für die Unterweisung und Belehrung der gerichtlichen Sachverständigen ein dringendes Bedürfniss. Bei dem Interesse, welches das Justiz- und Kultusministerium dieser neuen Methode entgegengebracht haben, dürfte die Einrichtung einer solchen Zentralstelle bald zu erwarten sein."

Bekämpfung der Malaria in Oesterreich.

Das Oesterreichische Ministerium des Innern verkündet an alle Landesbehörden einen Erlass, der die Grundsätze der Verhütung und Bekämpfung des Wechselfiebers enthält. Es wird darin der Irrthum bekämpft, dass giftige Ausdünstungen die Krankheit erzeugen, und darauf hingewiesen, dass dieselbe durch Mücken übertragen wird. Zur Abwehr der Malariamücken wird empfohlen: das Anbringen von Schutznetzen aus Draht vor den Wohnungen, das Räuchern mit angezündetem dalmatinischen Insektenpulver, das Tragen mückensicherer Kopfmasken und Aermelhandschuhe beim Aufenthalt im Freien zwischen Sonnenuntergang und -aufgang, in letzter Linie der Gebrauch von Chinin nach ärztlicher Anordnung. Zum Schluss wird darauf hingewiesen, wie gefährlich der Malariakranke seiner Umgebung ist, wie unzuverlässig der Laie und wie sicher und leicht der Arzt das Bestehen der Krankheit beurtheilen kann, und dass jede Malaria-Behandlung planvoll geleitet werden muss, um Erfolg zu sichern.

Geisteskrankheiten in England.

Bis 1859 hat der Prozentsatz der englischen Bevölkerung an Geisteskranken ständig zugenommen. Damals kamen auf 10000 Einwohner 18,67 Geisteskranke, jetzt sind es 33,55. Unter 34 Jahren herrschen die Männer, im höheren Alter die Frauen vor. Unter den meist vertretenen Berufen steht an erster Stelle der der Aerzte; dann folgen Advokaten, Kutscher, Schauspielerinnen, Geschäftsreisende, Tabakhändler, Soldaten u. s. w. Als Hauptursache der Zunahme, besonders in den Arbeiterkreisen, wird der Alkoholmissbrauch aufgefasst.

Neue Ministerial-Erlasse.

Erlass vom 10. Juli 1902 betr. die Medizinalbeamten-Versammlungen.

Es wird genehmigt, dass denjenigen Medizinalbeamten, die ausserhalb der Versammlungsorte wohnen, Reisegelder und Tagegelder für einen Tag gezahlt werden, um ihnen die Theilnahme an den Medizinalbeamten-Versammlungen zu erleichtern. Ferner soll im Interesse einer möglichst einheitlichen Handhabung der neueren Gesetze ein Kommissar zu einigen Versammlungen entsendet werden. Im Allgemeinen sollen die Monate Oktober, November, Dezember zur Abhaltung der Medizinalbeamten-Versammlungen in Betracht kommen.

Erlass vom 25. Juli 1902, betr. Beaufsichtigung der Impfärzte.

Diejenigen Kreisärzte, welche als öffentliche Impfärzte thätig sind, sollen von der Beaufsichtigung der von ihnen besorgten Impfbezirke ausgeschlossen sein, dagegen können sie mit der Beaufsichtigung der übrigen Impfärzte ihres Kreises und ausserhalb ihres Kreises in Vertretung des Regierungs- und Medizinalrathes unbedenklich betraut werden.

— — vom 23. August 1902, betr. Ladung von Beamten als Zeugen etc. vor die Militärgerichte.

Zugleich mit der Ladung des betr. Beamten ist eine Abschrift der Ladung an die vorgesetzte Behörde des Beamten zu übersenden, ebenso die vorgesetzte Behörde von einer Aufhebung des Termins oder Abbestellung des Zeugen zu benachrichtigen.

— — vom 12. Juli 1902 betr. Reklame des „Institut de la surdité des maladies de la gorge et du nex" zu Paris.

Die Bevölkerung soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es sich bei den Veröffentlichungen des genannten Instituts, welches das sogenannte Audiphon Bernhard vertreibt, um ein Schwindelunternehmen handelt.

— — vom 17. Juni 1902 betr. Nachrichtenaustausch mit der niederländischen Regierung über das Auftreten ansteckender Krankheiten in den Grenzgebieten.

Die Nachrichten über das Auftreten von ansteckenden Krankheiten sollen sich auch auf Cholera und Pocken beziehen. Von asiatischer Cholera, Pocken und Pest sollen schon in den ersten Fällen, nicht erst bei Epidemien Mittheilung gemacht werden.

— — vom 25. Juli 1902 betr. Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche.

— — vom 29. Juli 1902 betr. Kontrole der Seeschiffe aus Madagaskar wegen Pestgefahr.

— — vom 2. August 1902 betr. Kontrole der Seeschiffe aus dem Suezkanal und aus ägyptischen Häfen am Mittelmeer wegen Choleragefahr.

Verfügung vom 11. August 1902 betr. Zulassung unfrankirter Postkarten, mittelst deren Fälle von ansteckenden Krankheiten zur Anzeige gebracht werden, unter der Bezeichnung „Portopflichtige Dienstsache".

Die Vergünstigung bezieht sich auf Anzeigen von Erkrankung oder Tod an Lepra, asiatischer Cholera, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest und Pocken.

Erlass vom 19. August 1902 betr. Kontrole der Seeschiffe aus Odessa wegen Pestgefahr.

— — vom 22. August 1902 betr. Mittheilung von dem Auftreten gefahrdrohender Volkskrankheiten an die Militärbehörden.

Im Anschluss an einen besonderen Fall, in welchem während eines Zeitraumes von 3 bis 4 Wochen 26 Fälle einer ansteckenden Krankheit in einem Institut aufgetreten waren, ordnet der Minister an, dass solche Hausepidemieen anzeigepflichtig sein sollen. Zwar könne man hier nicht von einem „gehäuften" Auftreten sprechen, aber es liege im Interesse der öffentlichen Gesundheit, sich nicht ängstlich an den Wortlaut der betreffenden Verordnung zu halten, sondern vor Allem den Sinn derselben im Auge zu behalten.

— — vom 25. August 1902 betr. Anordnungen zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

Der Unterleibstyphus, welcher bisher in der Anweisung von dem Gros der ansteckenden Krankheiten getrennt und milderen Bestimmungen unterworfen wär, wird fortan dieser Sonderstellung entkleidet.

Mittheilung.

Mit dem heutigen Tage tritt an Stelle des verstorbenen Herrn Geheimen Sanitätsrath Dr. Braehmer Herr Sanitätsrath Dr. Schwechten, erster Vorsitzender des Verbandes deutscher Bahnärzte, und an Stelle des ausscheidenden Herrn Professor Dr. Loebker Herr Geheimer Medizinalrath Professor Dr. Albert Hoffa in die Redaktion der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung ein.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. | № 20. | Ausgegeben am 15. Oktober.

Inhalt:

Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanirung des Landes.

Von
Dr. Roth-Potsdam, *)
Regierungs- und Geh. Medizinal-Rath.

Um die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung klar zu stellen, müssen wir uns zuvor in aller Kürze die Unterschiede vergegenwärtigen, die in gesundheitlicher Hinsicht zwischen Stadt und Land, in ihrer Allgemeinheit betrachtet, bestehen, Unterschiede, die im einzelnen Fall beispielsweise zwischen kleineren ländlich ausgebauten Städten und grösseren ländlichen Ortschaften überhaupt fehlen können, während auf der anderen Seite die ländlichen Ortschaften in den verschiedenen Gegenden des deutschen Reichs nach den Volkssitten, den Bodenverhältnissen, der Grundbesitzvertheilung und der sozialen Lage der Bewohner ausserordentliche Verschiedenheiten zeigen.

Aus dem Aufschwung, den die Hygiene seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts speziell auf dem Gebiet der Strassenhygiene, der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung genommen hat, erklärt es sich, dass gegenwärtig die Unterschiede zwischen der Grossstadt und der Kleinstadt, deren Bewohner zumeist auch Ackerbau und damit zusammenhängend Viehzucht treiben, vielfach sehr viel erheblicher sind, als sie im besonderen Fall zwischen Stadt und Land sich darstellen.

Neben der überwiegend offnen Bauweise sind es die geringeren Anforderungen, die in baulicher Hinsicht an die Wohnhäuser und deren Nebenanlagen gestellt werden, die dem Lande ihr charakteristisches Gepräge verleihen: den Baukonsens ertheilt die Polizeibehörde, in Preussen der Amtsvorsteher, dem technische Organe in der Regel nicht zur Seite stehen. Die Abnahme der Bauten ist dem Guts- und Gemeindevorsteher bezw. Gensdarmen übertragen, während eine Rohbauabnahme vielfach überhaupt nicht stattfindet. Bestimmungen über Anlage von Brunnen, Aborten, Düngergruben u. s. w. fehlen in vielen Baupolizeiverordnungen für das platte Land gänzlich, namentlich ist dies in den östlichen Bezirken der preussischen Monarchie der Fall. Ueberwiegend dienen die Baupolizeiverordnungen für das platte Land feuer- und sicherheitspolizeilichen Zwecken. Aus dem Fehlen entsprechender Bestimmungen erklärt sich die Unreinlichkeit der Höfe, die Verunreinigung des Untergrundes, der Strasse, der Dorfbäche u. s. w. und weiterhin die Gefährdung der meist in nächster Nähe der Dünger- und Jauchegruben gelegenen Hofbrunnen. Je weniger sorgfältig aber die Beseitigung der Abfallstoffe gehandhabt wird, um so näher liegt die Gefahr, dass Krankheitskeime durch den Verkehr von Mensch und Thier wie durch Vermittlung des Wassers verschleppt werden.

Wie bedenklich Lage und Bauart der Brunnen auf dem

*) Nach einem auf der diesjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in München gehaltenen Vortrag. (Autoreferat.)

Lande sind, bestätigen die bei Gelegenheit der neuerdings in Preussen vorgeschriebenen Ortsbesichtigungen von den Kreisärzten gemachten Feststellungen; so wurden in einem einzigen Kreise des Potsdamer Bezirks im Jahre 1901 318 ländliche Brunnen besichtigt, darunter 183 Feldsteinkessel, von denen die Hälfte oben offen war und mit Hebel oder Winde versehen. In andern Kreisen des Ostens der preussischen Monarchie waren noch 90 % der Brunnen auf dem Lande offene Dreh- oder Ziehbrunnen.

Nur selten kommt, von der näheren Umgebung der Grossstädte abgesehen, Wasserversorgung durch Röhrenbrunnen (Abessinier), ausnahmsweise durch Cisternen, häufiger durch zentrale Wasserleitungen, namentlich im Süden und Westen Deutschlands in Frage. Besonders ungünstig liegen die Wasserverhältnisse im Osten der preussischen Monarchie, wo noch heute zahlreiche Ortschaften auf offene Wasserläufe oder stehende Gewässer und Teiche angewiesen sind. Aber auch wo Brunnen vorhanden sind, machen wir immer wieder die Erfahrung, dass der Landbewohner das Wasser der offenen Brunnen und ebenso das weiche Wasser der Flüsse, Bäche, Seen und Teiche, auch wenn es durch allerhand Abgänge des menschlichen und thierischen Haushalts sichtlich verunreinigt ist, an und für sich dem besseren, aber härteren oder etwas eisenhaltigen Wasser eines neueren Tiefbrunnens vorzieht.

Dem Milieu entsprechend ist der Reinlichkeitssinn bei den Dorfbewohnern im Allgemeinen noch weniger entwickelt als bei der städtischen Bevölkerung. Es kommt hinzu, dass es auf dem Lande fast durchweg an jeder Gelegenheit zur Pflege des Reinlichkeitssinnes fehlt, Fluss- und Seebäder ausgenommen.

Was die ländlichen Wohnungen betrifft, so ist wesentlich bestimmend die Lage des Hauses zu Hof und Nebenanlagen. Im Allgemeinen macht sich eine besondere Sorglosigkeit sowohl in der Auswahl des Bauplatzes wie in der Beschaffenheit des Baumaterials und in der Bauausführung gegenüber gesundheitlichen Gefahren geltend. Die meist aus einer Stube und Kammer bestehenden ländlichen Wohnungen dienen nicht blos den Menschen, gesunden wie kranken, sondern in der kälteren Jahreszeit nicht selten auch dem Federvieh und vielfach auch dem Borstenvieh zum Aufenthalt. Gleichwohl wird zuzugeben sein, dass die städtischen Wohnungen in Folge der engeren Bebauung, der geringeren Licht- und Luftzufuhr und der behinderten Luftzirkulation im Allgemeinen sehr viel bedenklicher sind, als die ländlichen Wohnungen; es kommt hinzu, dass der Landbewohner nur einen verhältnissmässig kleinen Theil des Tages in geschlossenen Räumen sich aufhält, dass die Wohnungen in der Stadt häufiger zugleich als Arbeitsstätten dienen und mit Kost- und Quartiergängern getheilt werden.

Auf der andern Seite ist die Wohnungsbenutzung auf dem Lande im Allgemeinen eine noch schlechtere und unhygienischere, als in den Städten; in Frage kommt hier die Abschliessung der Wohnräume gegen die frische Luft, die grössere Verschmutzung durch Kleinvieh, durch Hineintragen des Schmutzes von Hof und Strasse und die ungenügende Reinigung der Wohn- und Schlafräume, vielfach durch die Beschaffenheit des Fussbodens (Lehmstrich, Ziegelsteinfussboden) begünstigt.

Mit der Zunahme der Industrie, der Sachsengängerei und der Annahme ausländischer Arbeiter zum Zwecke des landwirthschaftlichen Betriebes und damit verbundener industrieller Nebenbetriebe hat die Engräumigkeit des Wohnens auf dem Lande zugenommen; gleichzeitig wurden damit neue Infektionsherde geschaffen, wie die häufigen Einschleppungen von Granulose, Typhus, Fleckfieber, Ruhr und vor Allem Pocken durch inländische und ausländische Wanderarbeiter darthun.

Hinsichtlich der Ernährung machen sich nach der Ergiebigkeit des Bodens, der Viehhaltung, dem Arbeitsvertrag u. s. w. nicht unwesentliche örtliche Unterschiede bemerklich, dazu kommt das starre Festhalten der ländlichen Bevölkerung am Althergebrachten, das Vorurtheil gegen Verbesserungen und Neuerungen, namentlich auch auf dem Gebiet der Ernährung — speziell auch der Kinder und Säuglinge —, die wie die ganze Lebenshaltung und Lebensführung auf starke, widerstandsfähige Naturen zugeschnitten ist. Bier und sonstige Spirituosen halten mit dem zunehmenden Verkehr und dem Verschwinden der Milch in Folge Zunahme der Sammelmolkereien in immer weiterem Umfang ihren Einzug in den Haushalt der Landbewohner.

Von öffentlichen, sanitären Einrichtungen kommen auf dem Lande überwiegend nur die Armen- oder Gemeindehäuser, auch Hirtenhäuser genannt, in Frage, die in der Regel nichts als das nothdürftigste Obdach gewähren und das Verlangen nach etwas mehr Hygiene auf dem Gebiet der ländlichen Armenkrankenpflege gerechtfertigt erscheinen lassen. Eigentlichen Kranken- und Siechenhäusern begegnen wir, von den Industriebezirken abgesehen, überwiegend nur im Westen und und Süden Deutschlands, wo wir auch Gemeindepflegestationen auf dem Lande in weiterer Ausbreitung antreffen.

Einen erheblichen Unterschied zwischen Stadt und Land stellt die Verschiedenheit der Erwerbsverhältnisse dar. Dass auch die landwirthschaftliche Beschäftigung, soweit namentlich jugendliche Personen und Frauen, insbesondere solche während der letzten Monate der Schwangerschaft in Frage kommen, unter Umständen zu Gesundheitsstörungen Anlass geben kann, wird zugegeben, gleichwohl bleibt diese Beschäftigung, die während des grössten Theiles des Jahres überwiegend im Freien verrichtet wird und bei der Muskeln und Sinnesorgane in mehr gleichmässiger Weise in Anspruch genommen werden, der Beschäftigung der Städter in Industrie und Handwerk gesundheitlich weit überlegen.

Mit der Zunahme der Industrie und des Verkehrs gehen Verunreinigungen der Wasserläufe und Luftverschlechterungen, namentlich durch Rauch, Russ und Staub einher. Ausser in der Ruhe und Abgeschiedenheit des Landes liegt der Hauptvorzug des Landes in der grösseren Reinheit der Landluft gegenüber der Stadtluft, wozu ausser dem Fehlen der hauptsächlichsten Quellen der Luftverderbniss die freiere Zirkulation der Luft zwischen den nicht geschlossenen Häuserreihen und die reichlichere Lichtzufuhr wesentlich beiträgt.

Diese Unterschiede finden ihren Ausdruck in den Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnissen. Trotz der Verschiebung der Alterszusammensetzung in Stadt und Land in Folge Abwanderung des kräftigsten Theils der ländlichen Bevölkerung in die Städte sind auch jetzt noch die Lebensaussichten für Personen im mittleren Lebensalter auf dem Lande im Allgemeinen günstiger, als in den Städten. Der Rückgang der allgemeinen Sterbeziffer während der letzten zwanzig Jahre betrug in Preussen für die Städte ca. 25 Prozent, für das platte Land 12 bis 15 Prozent. Dieser Rückgang ist hauptsächlich durch die Abnahme der Kinder- und Säuglingssterblichkeit in den Städten bedingt, während auf dem Lande dieser Rückgang ein sehr viel geringerer ist, oder auch überhaupt fehlt. Massgebend hierfür sind die Ernährungsverhältnisse und die mangelhafte Pflege auf dem Lande, auch erscheint es nicht ausgeschlossen, dass anstrengende landwirthschaftliche Arbeit, wenn sie bis zu Ende der Schwangerschaft fortgesetzt wird, die Lebensfähigkeit der Kinder ungünstig be-

einflusst und zu dem Ueberwiegen der Todtgeburten auf dem Lande in ursächlicher Beziehung steht.

Ausser der Säuglingssterblichkeit ist es die Sterblichkeit an gewissen Infektionskrankheiten, sowie an Krankheiten des Herzens, der Nieren, des Gehirns und an Krebsleiden, die in Stadt und Land verschieden sich gestaltet. Nach der bayerischen Morbiditätsstatistik war die Morbidität an Typhus auf dem Lande erheblich höher, als in der Stadt.

Die Verkehrs- und wirthschaftlichen Beziehungen zwischen Stadt und Land sind besonders rege, wo es sich um die Vororte der Gross- und Mittelstädte handelt, oder um ländliche Gemeinden, die mit der Stadt im Gemenge liegen, oder an das Weichbild der Stadt angrenzen. Als Vermittler übertragbarer Krankheiten, speziell des Typhus, kommen ausser dem persönlichen und sächlichen Verkehr hauptsächlich beide verbindende Wasserläufe und Nahrungs- und Genussmittel in Frage. Dass der Typhus, der in den letzten Jahrzehnten aus den Grossstädten mehr und mehr geschwunden ist, in den kleinen Städten und auf dem Lande immer wieder, bald vereinzelt, bald gehäuft auftritt, um von hier aus in die Städte verschleppt zu werden, bestätigen zahlreiche Beobachtungen (Göttingen, Hamburg, Ottweiler u. a.).

Nach Schüder konnte die Ursache des Typhus in 77,4 Prozent der Fälle auf das Wasser, in 17 Prozent auf die Milch und in 3,5 Prozent auf andere Nahrungsmittel zurückgeführt werden. Hinsichtlich des Wassers wird, von seiner Verwendung zum Trinken, Waschen, Spülen, Baden u. s. w. abgesehen, darauf zu achten sein, dass es auch in der Form des allen möglichen, infektionsverdächtigen Wasserläufen, Teichen u. s. w. entnommenen Eises mannigfache Gelegenheit hat, zu Infektionen im Haushalt des Städters, wie in gewerblichen Betrieben, namentlich der Nahrungsmittelindustrie Anlass zu geben.

Ueber Verschleppungen des Typhus durch Milch, und zwar sowohl durch Vermittlung des Kleinbetriebs, wie der Sammelmolkereien liegen sehr zahlreiche, ärztliche Erfahrungen vor. Diese Gefahr nimmt mit der Zunahme der Sammelmolkereien, die sich von 639 im Jahr 1891 auf 2118 im Jahr 1902 vermehrt haben, stetig zu. Auch bei der Uebertragung der Typhuskeime durch Milch ist es in einer grossen Zahl von Fällen das zum Reinigen und Spülen der Gefässe benutzte wie auch zum Zwecke der Verdünnung der Milch zugesetzte Wasser, das als Träger der Typhuskeime in Frage kommt.

Von sonstigen Nahrungsmitteln kommen als Infektionsträger Obst, Gemüse, Kartoffeln, Back- und Fleischwaaren in Frage. Hygienisch besonders bedenklich ist die gewöhnliche Art der Aufbewahrung von Obst, Gemüse, Kartoffeln auf dem Lande, meist unter dem Bett, wo sie reichlich Gelegenheit haben, Schmutz u. s. w. Infektionsstoffe aufzunehmen, wie eine Reihe hierdurch vermittelter Typhus- und auch Ruhrerkrankungen bestätigen. Weiter kommen in Frage die Handlungen der Krämer, die Läden der Gemüse-, Back-, Fleisch- und Wurstwaaren-Händler und der Fleischverkehr; hier ist es das nothgeschlachtete oder unzureichend untersuchte Fleisch, das vielfach in die benachbarten Städte kommt.

Von den modernen Verkehrsmitteln ist es der Radlerverkehr, der insofern eine ernste Gefährdung der städtischen Bevölkerung darstellt, als die hygienischen Einrichtungen der Gast- und Schankwirthschaften auf dem Lande im Allgemeinen nicht besser sind, als die der übrigen ländlichen Grundstücke, und hier mannigfache Gelegenheit zu Gesundheitsschädigungen und Infektionen durch den persönlichen und sächlichen Verkehr, durch Trink- und Gebrauchswasser, durch die Milch und sonstige Nahrungsmittel gegeben ist, ohne dass es in jedem Fall zum Auftreten bestimmt charakterisirter Krankheiten kommt.

Dass auch das Militär an diesen Beziehungen zwischen Stadt und Land im besonderem Masse betheiligt ist, lehren die bezüglich des Auftretens und der Verbreitung übertragbarer Krankheiten in den Garnisonen gemachten Erfahrungen. Bezüglich des Typhus ergiebt sich aus den vorliegenden Sanitätsberichten für die Preussische Armee, dass die meisten Typhus-Erkrankungen auf den September, demnächst den Oktober und November entfielen, also einmal auf diejenigen Monate, in welchen die Truppen während des Manövers mannigfache Gelegenheit haben, ausserhalb der Garnisonorte sich zu infiziren, sodann auf die Zeit der Rekruteneinstellung. Dafür, dass der Typhuskeim im Manövergelände aufgenommen wurde, sei es durch Vermittlung des Wassers, der Milch und sonstiger Nahrungsmittel, finden sich in den Sanitätsberichten zahlreiche Beläge. Ebenso sehen wir die ansteckenden Augenkrankheiten beim Militär überall dort zunehmen, wo der Ersatz aus infizirten Gebieten, namentlich aus Ost- und Westpreussen erfolgt. Zur möglichsten Verhütung der Verschleppung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten ist deshalb neuerdings durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Juli d. Js. ein wechselseitiger Nachrichtenaustausch zwischen den Ortspolizeibehörden und den Militärbehörden vorgeschrieben.

Umgekehrt kann auch die Stadt das Land in ungünstiger Weise beeinflussen, und zwar gleichfalls hauptsächlich durch den Verkehr und die Industrie, durch Vermittelung der Wasserläufe, durch die Nahrungsmittel, namentlich auch Molkereien (Meiereien) und die Art der Beseitigung der Abfallstoffe. Aus einer Vergleichung der Todesursachen-Statistik der Jahre 1875, 1886 und 1900 ergiebt sich, dass Herz- und Nierenkrankheiten, die in einem grossen Theil der Fälle auf alkoholischer Basis entstanden sind, auf dem Lande eine Zunahme erkennen lassen.

Die fortschreitende Industrialisirung des Landes in Verbindung mit dem Bestreben der Grossindustrie, ihre gewerblichen Anlagen aus der Stadt auf das Land hinaus zu verlegen, findet darin ihren zahlenmässigen Ausdruck, dass, während im Jahre 1882 die landwirthschaftliche Bevölkerung in Preussen 11,9 Millionen betrug = annähernd 67,2 Prozent der ländlichen, sie im Jahre 1895 auf 11,37 Millionen = 60,2 Prozent der ländlichen zurückgegangen war.

Dass auch durch hygienisch unzureichende Massnahmen der Städtereinigung, wie dadurch, dass der Gruben- und Tonneninhalt auf das Land gebracht wird, letzteres gefährdet werden kann, bestätigen die Erfahrungen der Medizinalbeamten, namentlich in der Umgebung grösserer Städte. Dass auf diese Weise die Städte durch den eigenen Dünger, namentlich durch Vermittlung der Quellen mit Typhus infizirt werden können, lehren die Erfahrungen in Stuttgart, Winterthur und an anderen Orten. Nach den neuerdings auf einigen Rieselgütern des Potsdamer Bezirks gemachten Erfahrungen kann an dem Vorkommen von Typhusinfektionen bei Arbeitern auf den Rieselfeldern und ihrer ursächlichen Beziehung zu der Rieselarbeit nicht wohl gezweifelt werden, wie solche Infektionen auch bei den auf den Kläranlagen beschäftigten Arbeitern bei Mangel der erforderlichen Reinlichkeit zur Feststellung gekommen sind. Endlich wird das Land auch durch die Müllabladeplätze der Grossstädte belästigt und unter Umständen gefährdet.

Hinsichtlich der Sanirungsmassnahmen wird auf die Leitsätze Bezug genommen. Danach kann eine regelmässige Wohnungsbeaufsichtigung in den Sommerfrischen, den Bade- und Kurorten wie in den Vororten und den Ortschaften der Industriebezirke nicht entbehrt werden.

Der Umstand, dass nicht blos das Land, sondern vielfach auch die kleineren Städte in der näheren und weiteren Umgebung der Grossstädte sich mehr und mehr zu Sommerfrischen für die Bewohner der Grossstadt entwickeln, legt den Aufsichtsbehörden die Pflicht auf, den gesundheitlichen Einrichtungen dieser Stadtgemeinden erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Unter den Sanirungsmassnahmen im Allgemeinen steht die Forderung obenan, dass auch den Landbewohnern überall eine den gesundheitlichen und sittlichen Forderungen entsprechende Wohnung gewährt wird. Die hinsichtlich der zu bebauenden Fläche, der Höhe der Gebäude, wie der Anlage von Abortgruben, von Dünger- und Jauchegruben, der Beseitigung der Haus- und Wirthschaftswässer und der Anlage von Wasserentnahmestellen zu erhebenden Forderungen werden verschieden sein, je nachdem es sich um ländliche Ortschaften mit geschlossener oder offener Bauweise handelt, unter besonderer Berücksichtigung der Anlagen auf den Grundstücken öffentlicher Gebäude, der Schank- und Gastwirthschaften, gewerblicher Anlagen, namentlich Sammelmolkereien, Bäckereien, Fleischereien u. s. w. und der Brunnen auf den Grundstücken der Bahnhöfe.

Für die Beurtheilung der Baugesuche nach der technischen wie nach der hygienischen Seite müssen der genehmigenden Behörde, der auch die Rohbauabnahme und die Ueberwachung der Bauausführung obliegt, geeignete Sachverständige zur Verfügung stehen, wie dies in Sachsen und in Bayern vorgesehen ist. In Fällen, in denen die Versorgung mit einwandsfreiem Wasser auf dem Lande besonderen Schwierigkeiten begegnet, insbesondere auch da, wo die Bewohner überwiegend oder ausschliesslich auf Oberflächenwasser angewiesen sind, ist es im öffentlichen Interesse gelegen, dass die weiteren Kommunalverbände und der Staat den Gemeinden mit sachverständigem Beirath, und so weit es sich um leistungsunfähige Gemeinden handelt, mit entsprechenden finanziellen Beihilfen zur Seite stehen. Nothwendig ist, dass bei der Errichtung von Wasserversorgungs- und Entwässerungsanlagen die lokalen Gesundheits- und Baubeamten den Gemeinden und Baupolizeibehörden berathend zur Seite stehen. In dem Fehlen eines sachverständigen Beiraths ist einer der hauptsächlichsten Gründe dafür gelegen, dass, wie das Land, so auch die kleinen und ein Theil der Mittelstädte in den letzten Jahrzehnten namentlich auf dem Gebiet der Wasserversorgung und Entwässerung nur sehr geringe oder gar keine Fortschritte aufzuweisen haben.

Zur Durchführung der zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erforderlichen Massnahmen bieten die §§ 23 und 35 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 die erforderlichen Handhaben. Die auf Grund des § 23 zu treffenden Einrichtungen (Unterkunftsräume, Desinfektionseinrichtungen, Desinfektoren) müssen in allen grösseren, insbesondere industrie- und verkehrsreichen Ortschaften von vorn herein getroffen, im Uebrigen aber so weit vorbereitet sein, dass sie auf Erfordern jederzeit in Benutzung genommen werden können. Neben der sorgfältigsten Handhabung der Anzeigepflicht und ihrer Ausdehnung auf alle typhusverdächtigen Fälle ist die medizinalamtliche, bakteriologische und klinische Feststellung des ersten gemeldeten Falles von besonderer Wichtigkeit. Hinsichtlich der während der Dauer der Krankheit zu beobachtenden Schutzmassnahmen hat sich im Potsdamer Bezirk die Aushändigung kurz gefasster Belehrungen an die Haushaltungsvorstände seit Jahren gut bewährt. Bei Gefahr im Verzuge muss den Medizinalbeamten, wie in Preussen, Sachsen und Hessen, das Recht der Initiative gegeben werden. Ausser den Ortsbesichtigungen und der Ueberwachung der sanitären Einrichtungen (Brunnen, Entwässerungsanlagen, Molkereien u. s. w.) durch die Medizinalbeamten, §§ 74, 75, 79 der Dienstanweisung, ist die Mitwirkung der Gesundheitskommissionen für die Hebung der Hygiene des Landes von besonderer Bedeutung.

Um die von den ausländischen Wanderarbeitern drohenden Gefahren nach Möglichkeit einzuschränken, ist die Errichtung besonderer ärztlicher Kontrolstationen an bestimmten Grenzübergängen, von deren Benutzung die Zulassung der Arbeiter abhängig zu machen wäre, zu erstreben, hier wäre auch die Möglichkeit gegeben, Kranke und krankheitsverdächtige Personen, insbesondere auch mit Syphilis und Granulose behaftete, alsbald über die Grenze zurückzuweisen.

Auf dem Gebiet der Ernährung muss vor Allem auf eine rationelle Ernährung und ausreichende Wartung und Pflege der Säuglinge auf dem Lande hingewirkt werden. Im Kampf gegen die Unwissenheit und Indolenz ist die Mitwirkung der Gemeindeschwestern und gut vorgebildeter Hebammen unentbehrlich.

Wo eine Kontrole der Molkereien durch Beauftragte der Molkereiverbände stattfindet, empfiehlt sich ein Zusammengehen derselben mit den Medizinalbeamten.

Da die Gefahr der Verunreinigung von Nahrungs- und Genussmitteln um so mehr zunimmt, durch je mehr Hände die Waare bereits gegangen ist, und je kleiner der Umsatz ist, muss die Nahrungsmittelkontrole auf dem Lande eine besonders sorgfältige sein. Auf dem Gebiet der Fleischhygiene ist auf eine scharfe Ueberwachung der privaten Schlachthäuser und Wurstküchen und ihrer Betriebe und auf eine unschädliche Beseitigung des beanstandeten Fleisches, sowie erforderlichen Falls auf die Errichtung von Abdeckereien an geeigneten Orten hinzuwirken. Dadurch würde zugleich auch der Unsitte, das todte Vieh in unmittelbarster Nähe der Wohnstätten oberflächlich zu verscharren, entgegen gewirkt werden.

An die Benutzung von Spucknäpfen muss die Landbevölkerung durch Vermittlung der Schule ebenso gewöhnt werden, wie an den Gebrauch des Taschentuchs.

Für die Förderung der Hygiene des Landes ist das Beispiel, das die Intelligenz des Landes und insbesondere der Staat, als grösster Grossgrundbesitzer in Bezug auf Wohnungsbau und Arbeiterfürsorge giebt, von ausschlaggebender Bedeutung.

Gegenüber den Schädigungen, die das Stadtleben mit sich bringt, brauchen wir die Ruhe und Abgeschiedenheit des Landes, und die reine Luft in Wald und Feld. Je dichter die Bebauung und je mehr die Luft durch Rauch und Russ, wie durch Staub verunreinigt wird, um so dringender ist das Bedürfniss. Diesem Lufthunger suchen die Stadtverwaltungen durch Schaffung von freien Plätzen, Vorgärten, Baumpflanzungen an den Strassen, Volksparks und Volksgärten nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Demselben Streben verdanken die aus eigener Initiative der Berliner Kleinbevölkerung hervorgegangenen Laubenkolonieen zwischen den Vororten ihre Entstehung, die durch die gleichzeitige Gartenbaupflege auch wirthschaftlich und sittlich fördernd wirken. Dass auch an sich ungünstige Beschäftigungen in ihrer Einwirkung auf den Organismus bis zu einem gewissen Grade ausgleichsfähig sind, wenn die Zeit der Erholung zweckentsprechend im Freien und vor Allem bei angemessener Arbeit in freier Luft zugebracht wird, lehren mannigfache Erfahrungen auf dem Gebiet der Gewerbehygiene. Deshalb sind alle Bestrebungen, die darauf gerichtet sind, den Minderbemittelten im Anschluss an die Wohnung oder in nächster Nähe derselben Gärten zur Erholung und Bebauung zur Verfügung zu stellen, vom Standpunkt des Hygienikers mit besonderer Freude zu begrüssen, während sie in sozialer Hinsicht

vor den Erholungsstätten, durch die Erwachsene und Kinder in immer weiterem Umfange ihren Familien entzogen werden, unstreitig den Vorzug verdienen. Dass den Grossstädtern der Wald in ihrer Umgebung erhalten bleibt, ist so sehr im Interesse der öffentlichen Gesundheit gelegen, dass auch der Staat, soweit er Besitzer ist, sich dieser Verpflichtung nicht wird entziehen wollen.

Weiter brauchen wir das Land, von den Kurbädern und Sommerfrischen abgesehen, für die Kinderheilstätten, Ferienkolonieen, die Rekonvaleszenten- und Genesungsheime, die Lungen- und Nerven-Heilstätten, wie auch zur Unterbringung tuberkulöser Kinder und vorgeschrittener Tuberkulöser.

Mehr und mehr klärt sich ein grosser Theil der sozialen Probleme zu Fragen der Hygiene ab. Je mehr es gelingt, die Hygiene auf dem Lande zu bessern, um so angenehmer und behaglicher werden wir den Landaufenthalt gestalten und dazu mithelfen, der grössten wirthschaftlichen und indirekt auch gesundheitlichen Gefahr, der Landflucht, der immerwährenden Abwanderung des kräftigsten und erwerbsfähigsten Theils der ländlichen Bevölkerung nach den Städten entgegen zu wirken. Während im Jahre 1875 die Stadtbevölkerung 34,7 Prozent der Bevölkerung des Gesammtstaats ausmachte, betrug sie im Jahre 1895 40,7 Prozent. Die hauptsächlichste direkte Ursache dieser Landflucht ist in den wirthschaftlichen und sozialen Verhältnissen gelegen; hier die Hebel angesetzt, die Befriedigung des Bildungsbedürfnisses angeregt und die gleichzeitige geistige, sittliche und wirthschaftliche Hebung der Landbevölkerung sich als Ziel gesetzt zu haben, ist das Verdienst des Ausschusses für Wohlfahrtspflege auf dem Lande, der in den sieben Jahren seines Bestehens geräuschlos aber segensreich an seiner grossen und schweren Aufgabe gearbeitet hat. Im Vertrauen auf die Ausbreitung und Förderung dieser und verwandter Bestrebungen auf dem Gebiet der ländlichen Wohlfahrtspflege dürfen wir hoffen, dass es der Einwirkung der berufenen amtlichen Organe und ihrem sachgemässen Vorgehen gelingen wird, für die Aufgaben der Hygiene des Landes immer grösseres Verständniss und zur Mitarbeit immer bereitere Helfer zu finden und damit der öffentlichen Gesundheit, die in Staat und Reich ein einheitliches, untheilbares Ganze darstellt, unschätzbare Dienste zu leisten.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. **Max Bierfreund**-Insterburg,

Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

IV.

Herzmuskel-Erkrankung nach Sturz auf die linke Seite.

Der 25 Jahre alte Müllergeselle G. G. von hier fiel am 18. Oktober 1894, während er auf einem ca. 1,5 m hoch über dem Fussboden gelegenen Balken (Fundamentschwelle) ging und die über dieser Schwelle befindliche Welle des Vorgeleges der Wassermühle überschreiten wollte, beim Nachziehen und Fehltreten des rechten Fusses aus dieser Höhe kopfüber herab, wobei er mit grosser Heftigkeit mit der ganzen linken Körperseite auf den Fussboden aufschlug. Er spürte heftige Schmerzen im linken Bein, welche sich derart steigerten, dass er schon in den nächsten Tagen den Arzt konsulirte und seit dem 22. Oktober 1894 in Folge der Schmerzen und einer Schwellung des linken Oberschenkels das Bett hüten musste.

Nach dem von dem Kgl. Kreisphysikus Dr. B. für die Berufsgenossenschaft am 14. Mai 1895 erstatteten Gutachten bestand zu dieser Zeit am linken Oberschenkel eine harte Knochengeschwulst, welche eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % zur Folge hatte und eine mediko-mechanische Behandlung erforderte. Die inneren Organe wurden für gesund befunden.

Vom 31. Mai bis 23. August 1895 befand sich G. in der Privatklinik des Dr. H. in K., welcher in seinem Schlussgutachten erklärte: Es bestehe nur noch eine sehr geringe Knochenverdickung am Oberschenkel.

Die Muskulatur des linken Beines sei eine normale, die Gelenke desselben seien sämmtlich vollkommen frei und alle Bewegungen werden mit normaler Kraft ausgeführt. G. vermöge z. B. auf dem linken Bein 20 mal die tiefe Kniebeuge auszuführen, wobei er sich nur mit einem Finger zum Balanziren aufstützt. Die Kraft des Beines sei also eine genügende; dagegen könne in Rechnung gezogen werden, dass G. immerhin fast ein Jahr nicht gearbeitet habe; mit Rücksicht darauf würde es sich empfehlen, demselben für die ersten 2 Monate eine Schonungsrente von 20 % zu gewähren.

Auf Grund dieses Gutachtens erhielt G. eine Rente von 20 %, welche durch Bescheid vom 7. September 95 eingestellt wurde.

Gegen diesen Bescheid legte G. Berufung beim Schiedsgericht mit der Bedründung ein, dass er durch die Behandlung in der Klinik so geschwächt worden sei, dass er nicht einmal einen Eimer Wasser vom Brunnen nach seiner Behausung schaffen könne. Er empfinde bei so kleinen Verrichtungen heftige Brustschmerzen, so dass er glaube, jeden Augenblick ersticken zu müssen.

In ihrer Gegenschrift erklärte die Berufsgenossenschaft: Sie sei über die Behauptung des Verletzten, dass er durch die Behandlung in der Dr. H.schen Klinik dermassen geschwächt sei, dass er keinen Eimer Wasser von der Pumpe bis zu seiner Behausung herbeischaffen könne, nicht wenig erstaunt. Wenn Kläger ferner angebe, dass er an so heftigen Brustschmerzen leide, dass er glaube, jeden Augenblick ersticken zu müssen, so steht letztere Beschwerde, wenn sie überhaupt wahr sein sollte, mit dem ursprünglichen Unfall vom 18. Oktober 1894 (Verstauchung des linken Beines) in gar keinem ursächlichen Zusammenhang.

Mit dem, auf dem Gutachten des Dr. H. basirenden, ablehnenden Bescheid des Schiedsgerichts vom 7. November 1895 beruhigte sich G. aus Unkenntniss der weiter zu unternehmenden Schritte, welche auch in dem Schiedsgerichtsurtheil nicht angegeben waren.

Erst am 6. September 1899 trat G., welcher mir seit 1896 als herzleidend bekannt und seit 11. März 1897 beständig in meiner Behandlung gewesen war, mit neuen Entschädigungs-Ansprüchen an die Berufsgenossenschaft heran.

Am 5. November 1899 erhielt ich von der Berufsgenossenschaft den Auftrag, „G. sehr gefälligst untersuchen und gutachtlich feststellen zu wollen, ob dessen in letzter Zeit häufig geklagten Erkrankungen mit voller Sicherheit oder doch mindestens mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen am 18. Oktober 1894 erlittenen Unfall (Verstauchung des linken Beines) zurückzuführen sei.“ Die Unfallakten waren zur Zeit nicht auffindbar.

Unter dem 15. November 1899 wurden mir auf mein Ersuchen die Abschriften der Gutachten des Dr. B. und H. und ein vom 13. November 1899 datirtes Schreiben des Dr. H. zugestellt, nach welchem Dr. H. mit Wahrscheinlichkeit annimmt, dass bei G. ein Herzleiden nicht bestanden hat, weil in seinem Gutachten vom 26. August 1895 von einem Herzleiden nicht die Rede ist und bei den Patienten der Klinik auch immer Herz und Lungen untersucht werden, ein etwaiges

Herzleiden somit nicht unerwähnt geblieben wäre. Unter dem 18. November 1899 erstattete ich nachfolgendes Gutachten:

Der frühere Müllergeselle, jetzige Zimmerlehrling G. G. von hier, fiel am 18. Oktober 1894, während er auf einem ca. 1,5 m hoch über dem Fussboden gelegenen Balken (Fundamentschwelle) ging und die über dieser Schwelle befindliche Welle des Vorgeleges der Wassermühle überschreiten wollte, beim Nachziehen und Fehltreten des rechten Fusses aus dieser Höhe kopfüber herab, wobei er mit grosser Heftigkeit mit der ganzen linken Körperseite auf den Fussboden aufschlug. Er spürte heftige Schmerzen im linken Bein, welche sich derart steigerten, dass er schon am nächsten oder übernächsten Tage Herrn Dr. H., später den Kassenarzt Dr. P. in G. konsultirte und seit dem 22. Oktober 1894 in Folge der Schmerzen und Schwellung des linken Oberschenkels das Bett hüten musste. Am 4. November 1894 siedelte er zu seinem Bruder nach J. über und hat von hier aus in weiterer Behandlung des Kassenarztes Dr. P. gestanden bis Weihnachten 1894. Er verzichtete auf weitere Inanspruchnahme der Krankenkasse, weil ihm die wöchentlichen Reisen nach G. zu theuer waren. (Krankengeld pro Woche 3,60 Mk.) Er versuchte statt dessen, ca. 14 Tage, sich mit leichterer Arbeit bei seinem ehemaligen Lehrherrn, Müllermeister S. in S., zu beschäftigen, konnte jedoch wegen der Schmerzen im Bein nicht länger bleiben; ebenso missglückte ein weiterer Versuch in S., wo er als alleiniger Müllergeselle schon nach drei Tagen aufhören musste. Er hat sich seitdem bis zu seiner am 31. Mai 1895 erfolgten Aufnahme in die Dr. H.'sche Klinik zu K. ohne Beschäftigung bei seinem Bruder hier aufgehalten. Dr. H. nahm an, dass die ursprüngliche Verletzung des G. eine Rissfraktur — beschränktes Lossreissen von Knochensubstanz — eventl. wohl auch mit gleichzeitiger Spaltbildung am Knochen in der Längsrichtung gewesen sei. Aus der Klinik wurde G. am 23. August 1895 geheilt entlassen; er hatte im Allgemeinen keine Schmerzen im linken Bein, nur bei längerem Stehen und Gehen verspürte er noch Schmerzen. G. erhielt noch für zwei Monate eine Schonungsrente von 20 Prozent.

Schon am Tage nach der Entlassung aus der Klinik fiel es G. auf, dass er beim Tragen eines ca. 15 Liter Wasser haltenden Eimers heftigen Luftmangel und Herzklopfen bekam. Seitdem hat G. bei jeder geringsten Anstrengung, ja, schon bei etwas schnellerem Gehen sofort heftigen Luftmangel, Herzklopfen und Brustbeklemmungen. Er giebt auf das Bestimmteste an, dass er vorher, d. h. bis zu dem erwähnten Tage, niemals auch nur die geringsten Beschwerden in der Brust oder Luftmangel verspürt habe. Er konnte wegen der genannten Beschwerden keine Arbeit verrichten, so dass er sich bis Frühjahr 1896 bei seinen Eltern in Sk. aufhielt. Im April 1896 arbeitete G. als Handlanger bei Zimmerleuten, weil er sich für seinen bisherigen Beruf für ungeeignet hielt, namentlich für sein Brustleiden den Mehlstaub für schädlich hielt. Doch konnte er auch hier schwere Arbeiten nicht verrichten, da er beim Heben und Tragen schwerer Lasten heftige Athemnoth bekam. Am 10. Oktober 1896 musste G. wegen seines Leidens sich in ärztliche Behandlung begeben und hat zehn Wochen hindurch die Wohlthaten der hiesigen Ortskrankenkasse genossen. Der behandelnde Arzt Dr. Hn. stellte damals ein Herzleiden fest und liess ihn einen Eisbeutel auf der Herzgegend tragen. Im darauf folgenden Winter hat G. sich nur wenige Wochen beim Eisschneiden beschäftigen können und trat am 11. März 1897 zum ersten Mal in meine Behandlung. Seitdem ist G. fast ohne Unterbrechung in meiner Beobachtung gewesen und hat seines Leidens wegen mehrfach auf viele Wochen die Arbeit aussetzen müssen.

Als Ursache der mehrfach erwähnten Beschwerden des G. habe ich ein schweres Herzleiden feststellen können, welches sich objektiv in einer erheblichen Vergrösserung des Herzens und einer ausgesprochenen Unregelmässigkeit der Herztöne und des Pulses nachweisen liess. Die Herztöne waren bald rein, bald von mehr weniger lauten Geräuschen begleitet. Im Laufe der Zeit hat das erwähnte Herzleiden sich langsam aber stetig verschlechtert. Die Herzdämpfung vergrösserte sich mehr und mehr, die Herztöne wurden unreiner und unregelmässiger, die Folgeerscheinungen der Herzerkrankung, die sogenannte Herzschwäche, subjektiv durch hochgradige Athemnoth und Brustbeklemmung, objektiv durch Schwellung und Vergrösserung der Leber, diffusen Luftröhrenkatarrh und Wasseransammlung im Unterhautzellgewebe und der Bauchhöhle charakterisirt, nahm mehr und mehr zu.

Bei der heute im Auftrage der Berufsgenossenschaft vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgender Befund:

G. sieht auffallend blass und elend aus; die Haut und sichtbaren Schleimhäute sind ebenfalls auffallend blass. Die Athmung ist auch bei ganz ruhigem Verhalten stark beschleunigt und hört man bei jedem Athemzug ein hauchendes Geräusch. Die Athmung wird bei jeder Körperbewegung sowie beim Sprechen unter zunehmender Intensität des vorerwähnten Geräusches bis zu hochgradiger Athemnoth beschleunigt. Der Puls ist sehr klein und sehr unregelmässig, aussetzend. Eine nennenswerthe Ansammlung von Flüssigkeit ist weder im Unterhautzellgewebe, noch in der Bauchhöhle nachzuweisen.

Der Klopfschall über beiden Lungen ist sonor, auskultatorisch die Zeichen eines diffusen Luftröhrenkatarrhs, Pfeifen und Schnurren, kleinblasige, nicht klingende Rasselgeräusche vorhanden.

Die Herzdämpfung ist ganz enorm vergrössert, sie reicht nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach links fast bis zur vorderen Axillarlinie. Der Spitzenstoss ist in grosser Ausdehnung sichtbar, in der Richtung nach unten und aussen erheblich verschoben. Beim Auflegen der Hand fühlt man über der Herzdämpfung ein eigenthümliches Schwirren und den weitverbreiteten Spitzenstoss; am Deutlichsten erscheint der Spitzenstoss im sechsten Interkostalraum zwei fingerbreit nach aussen von der Mamillarlinie. Die Herztöne sind ausserordentlich unregelmässig, der erste Herzton ist durch ein starkes, blasendes, resp. hauchendes Geräusch ersetzt, der zweite Herzton ist rein. Der zweite (diastolische) Pulmonalton ist bedeutend verstärkt und klappend.

Die Magengegend ist aufgetrieben und druckempfindlich, die Leberdämpfung überragt in der Mammillarlinie um drei Fingerbreiten den Rippenrand. Man kann den unteren Rand der bedeutend vergrösserten Leber deutlich fühlen.

Der Urin ist gegenwärtig eiweissfrei, hat jedoch häufig mässige Mengen Eiweiss enthalten.

Die beschriebenen Veränderungen lassen mit Sicherheit eine hochgradige Vergrösserung und Erweiterung des Herzens mit ihren, als Herzschwäche bekannten Folgeerscheinungen, Stauungen des Blutstroms in den verschiedensten Organen (Lunge, Leber) erkennen. Sie kommt dadurch zu Stande, dass entweder die Herzmuskulatur erkrankt und weniger leistungsfähig wird, so dass der Herzmuskel, um der Arbeit gewachsen zu bleiben, an Masse zunehmen (hypertrophiren) muss; oder durch eine Erkrankung und Unbrauchbarkeit der Herzklappen wird das Herz zu grösserer Arbeit gezwungen, welche wieder zu einer Muskelvermehrung (Hypertrophie) des Herzens führt. Mit anderen Worten: die Herzhypertrophie ist die Folge entweder einer Erkrankung des Herzmuskels oder einer Erkrankung der Herzklappen. Im Folgenden will ich zu begründen versuchen, weshalb ich bei G. eine Erkrankung des Herzmuskels annehme, und komme dabei auch gleichzeitig zur Entscheidung der Frage, ob das Herzleiden mit dem Unfall vom 18. Oktober 1894 in ursächlichem Verhältniss steht.

Klappenerkrankungen, welche an bestimmten, die Herztöne begleitenden Geräuschen erkannt werden, kommen in der Regel unter dem Einfluss bestimmter Infektionskrankheiten (namentlich Gelenkrheumatismus) zu Stande. G. hat nach seiner Angabe niemals an einer solchen Infektionskrankheit gelitten. Auch habe ich Jahre hindurch das Vorhandensein der Herzvergrösserung beobachtet, ohne dass die Herztöne Geräusche aufwiesen, welche als Klappenerkrankung gedeutet werden konnten. Die Herzvergrösserung ist aber schliesslich so gross geworden, dass die Klappen zu klein und dadurch unbrauchbar geworden sind, weshalb gegenwärtig Geräusche entstehen.

Der Umstand, dass in den bei den Akten befindlichen Gutachten nirgends das Vorhandensein eines Herzleidens erwähnt ist, obwohl G. sich auch in einer mehrmonatigen klinischen Beobachtung befand, zwingt zu der Annahme, dass das Herzleiden erst nach dem Unfall entstanden ist. Dafür

spricht auch die Angabe des G., dass er bis zu dem Unfall sich stets des besten Wohlbefindens erfreut hat und niemals ernstlich krank gewesen ist. Eine einigermassen präzise Angabe über den Zeitpunkt der Herzerkrankung lässt sich zur Zeit nicht machen, doch erscheint mir die Angabe des G. über Luftmangel gleich nach der Entlassung aus der Klinik (23. August 1895) durchaus glaubwürdig, um so mehr, als in letzter Zeit, veranlasst durch die Anregung, welche die Begutachtung für Unfallverletzte gegeben hat, Fälle beschrieben worden sind, welche den Nachweis liefern, dass heftige Erschütterung des Brustkorbes zur Ursache hochgradiger und anhaltender Funktionsstörungen des Herzens werden können. Z. B. kam ein Schiffbauer dadurch zu Fall, dass ein Brett, auf welches er trat, durchbrach und er rücklings flach auf den Boden stürzte. Es traten Schmerzen in der Herzgegend und Kurzathmigkeit ein, die sich im Verlaufe der nächsten Jahre zu den ausgesprochenen Erscheinungen der Herzschwäche weiter entwickelten. Man muss annehmen, dass in Folge der Erschütterung beim Auffallen des Körpers geringe Blutungen und Zerreissungen im Herzmuskel stattfinden, die entweder nach kürzerer oder längerer Zeit die Funktionsfähigkeit des Herzens nachhaltig beeinflussen. Der Unfall des G. ist nun meines Erachtens durchaus geeignet gewesen, durch die heftige Erschütterung derartige Veränderungen im Herzmuskel herbeizuführen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und der jetzt bestehenden Herzerkrankung ist für mich zweifellos. Denn G. ist vorher stets gesund gewesen, hat nie an Kurzathmigkeit gelitten, während er seinen Beruf, den er bis zu dem Unfall ohne Beschwerden ausüben konnte, nach dem Unfall definitiv hat aufgeben müssen. Dass G. nicht die Lust zum Arbeiten fehlt, dafür spricht, dass er sich redliche Mühe giebt, einen anderen Beruf, Zimmermann, zu erlernen.

Die zur Zeit vorhandene Minderung der Erwerbsfähigkeit schätze ich auf mindestens 75 — fünf und siebzig — Prozent, da G. seit Anfang September d. J. nicht mehr gearbeitet hat und in Folge seines Leidens nur dann zu ganz leichten, im Sitzen auszuführenden Arbeiten im Stande ist, wenn durch anhaltenden Gebrauch von herzstärkenden Mitteln sich seine Herzkraft vorübergehend gehoben hat. G. bedarf deshalb auch einer unausgesetzten Behandlung und Beobachtung durch den Arzt, welcher mit der Eigenart seines Leidens vertraut ist. Für die Zeit von der Entlassung aus der Klinik, also vom 1. September 1895 bis 1. September 1899 schätze ich die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf durchschnittlich mindestens 50 — fünfzig — Prozent.

Auf eine Besserung des Zustandes ist nach dem bisherigen Verlauf nicht zu rechnen, bei grosser Schonung kann eine weitere Verschlechterung hintangehalten werden.

Am 14. Dezember 1899 beehrte mich der Vorsitzende der Berufsgenossenschaft mit nachfolgendem Schreiben:

„In der Unfallsache des Müllergesellen G. G. dortselbst haben Sie auf die Anfrage unserer Sektion I, ob das Herzleiden des G. Ihrer Meinung nach mit Sicherheit oder grösster Wahrscheinlichkeit mit dem Unfalle in ursächlichem Zusammenhange stehe, ein sehr ausführliches Gutachten ausgestellt und zwar unter Wiedergabe der ganzen Krankengeschichte, wie sie für die Berufsgenossenschaft vollständig entbehrlich ist. Da ein derartiges Gutachten nicht von Ihnen erfordert worden ist, der liquidirte Betrag auch in gar keinem Verhältniss zu dem Zweck des Gutachtens selbst steht, so möchten wir Sie zunächst bitten, Ihr Honorar auf den für Gutachten der gewünschten Art üblichen Minimalsatz der preussischen Gebührentaxe ermässigen zu wollen.

Wir bitten dabei zu berücksichtigen, dass die Berufsgenossenschaften uneigennützige Zwecke verfolgen und für unbemittelte Patienten hilfeleistend eintreten und dass es auch deshalb nicht am Platze erscheint, denselben enorm hohe Gebührensätze in Anrechnung zu bringen. Aus dieser Erwägung liquidirt die grosse Mehrzahl der Herren Aerzte für gewöhnliche Gutachten, welche von der Berufsgenossenschaft erfordert werden, unter der Taxe und zwar regelmässig den Satz von 5—6 M. Unser Arztattestkosten-Conto hat trotzdem in den letzten Jahren eine gewaltige Höhe erreicht und ist einer weiteren Steigerung kaum noch fähig.

Im Uebrigen wollen wir nicht unerwähnt lassen, dass durch Ihr Gutachten die Frage eines ursächlichen Zusammenhanges des Herzleidens mit dem Unfalle keineswegs entschieden worden ist, zumal Dr. H. in K. jeden Zusammenhang ausdrücklich in Abrede stellt. Ihr Bericht stützt sich in der Hauptsache auf die unkontrolirbaren, von Ihnen ohne Weiteres als glaubhaft angesehenen Angaben des Verletzten, welche Dr. H. aber entschieden bezweifelt. Insbesondere hält es dieser Arzt für unzutreffend, dass G. schon in der nächsten Zeit nach seiner Entlassung aus der Klinik Beschwerden verspürt haben kann, die auf ein Herzleiden zurückzuführen waren. In der Dr. H.'schen Klinik werden Lungen und Herz eines jeden Patienten auf das Genaueste untersucht und dabei hätte sicher auch hier irgend etwas Regelwidriges gefunden werden müssen. Dies war aber nicht der Fall. Wir werden daher mit Rücksicht auf diese Widersprüche im Laufe des Verfahrens gezwungen sein, die Angelegenheit einer ärztlichen Autorität zur Beurtheilung zu unterbreiten, wodurch zum dritten Male Arztattestkosten in der Sache entstehen. Ob uns eine Autorität aber in diesem Falle 24 M. Honorar in Rechnung stellen wird, müssen wir nach unseren Erfahrungen bezweifeln. Jedenfalls ist es uns bisher kaum vorgekommen, dass ein praktischer Arzt uns für ein Gutachten einen so enorm hohen Betrag, d. i. nicht viel weniger als der Maximalsatz der Taxe, in Anrechnung bringt."

Wir sehen Ihrer gefälligen Rückäusserung entgegen.

Meine Erwiderung lautete:

Die auch von mir angestellte Erwägung, dass bei der Seltenheit und Ungewöhnlichkeit des Falles G. mein Gutachten einer eingehenden Kritik unterzogen werden würde, musste mich zu einer eingehenden Darstellung des Leidens veranlassen. Nur durch eine eingehende Darstellung des Entstehens und der Entwicklung des Leidens kann die Berufsgenossenschaft resp. eine ärztliche Autorität sich darüber ein Urtheil bilden, ob meine weiteren Ausführungen in dem Gutachten zutreffend sind oder nicht. Ich habe diese ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte aus den angeführten Gründen für die Berufsgenossenschaft für unentbehrlich gehalten und kann mich zu der davon abweichenden Ansicht der Berufsgenossenschaft nicht bekehren.

Somit glaube ich auch den Nachweis geführt zu haben, dass es mir durchaus fern gelegen hat, durch absichtliches Ausspinnen der Krankengeschichte ein besonders hohes Honorar für das Gutachten zu erzielen. Es ist gerade für einen praktischen Arzt keine leichte Aufgabe, ein bestimmtes Gutachten darüber abzugeben, ob ein Leiden auf einen vor mehr als 5 Jahren erlittenen Unfall zurückzuführen ist? Gerade deshalb schätze ich aber den Werth meines Gutachtens auch durchaus nicht geringer als den eines von ärztlichen Autoritäten abgegebenen. Es wäre mir sehr erwünscht, wenn das von mir abgegebene Gutachten einer ärztlichen Autorität zur Beurtheilung unterbreitet würde, und würde ich der Berufsgenossenschaft zu besonderem Danke verpflichtet sein, wenn sie mir das Ergebniss dieser Massnahme seiner Zeit mittheilen würde.

Im Uebrigen will ich nicht unerwähnt lassen, dass auf die abweichende Ansicht des Herrn Dr. H. kein zu grosses Gewicht zu legen sein dürfte. In dem mir durch die Sektion I zugestellten Schreiben des Dr. H. vom 13. November 1899 nimmt Dr. H. mit Wahrscheinlichkeit an, dass bei G. ein Herzleiden nicht bestanden hat, weil in dem Gutachten von einem Herzleiden nicht die Rede ist und bei den Patienten der Klinik auch immer Herz und Lungen untersucht werden, ein etwaiges Herzleiden somit nicht unerwähnt geblieben wäre. Es steht damit in direktem Widerspruch die G.'sche Angabe, welche G. eventl. eidlich erhärten will, dass während seines Aufenthalts in der Klinik Herz und Lungen überhaupt nicht untersucht worden seien. Diese Angabe hat mir G. schon zu einer Zeit gemacht, als von einer Begutachtung durch mich noch keine Rede war, und hat bei Ausstellung des Attestes seine Behauptung in

vollem Umfange aufrecht erhalten. Dieser positiven Angabe des G. steht die Ansicht des Herrn Dr. H. gegenüber, welche sich lediglich auf die allgemeinen Gepflogenheiten bei der Untersuchung der Patienten seiner Klinik stützt. Ich habe in meinem Atteste den Umstand, dass in den bisherigen Gutachten von einem Herzleiden nichts erwähnt ist, lediglich registrirt, um dem Einwande zu begegnen, dass das Herzleiden schon vor dem Unfalle bestanden habe. Ob sich schon während des klinischen Aufenthalts des G. objektiv nachweisbare Symptome eines Herzleidens hätten nachweisen lassen oder nicht, ist für die Entscheidung der Frage, ob das Herzleiden mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhang steht, unerheblich. Entscheidend ist dafür gerade die auf den klinischen Aufenthalt folgende Zeit, vor Allem der Umstand, dass bereits am 10. Oktober 1896 — 13 Monate nach der Entlassung — ein so schweres Herzleiden ärztlich festgestellt wurde, dass G. 10 Wochen hindurch arbeitsunfähig war, und dieses Herzleiden seitdem den von mir beobachteten, in dem Gutachten geschilderten Verlauf genommen hat. Mein Gutachten stützt sich nicht auf die Angaben des G., sondern vor Allem auf meine eigene ärztliche Beobachtung während eines Zeitraumes von fast drei Jahren.

Die Berufsgenossenschaft wies G.'s Ansprüche zurück, dieser legte Berufung ein und erklärte in der Berufungsschrift nochmals, beschwören zu wollen, dass ihm in Dr. H.'s Klinik Herz und Lungen nicht untersucht worden seien.

Das Schiedsgericht unterliess die Vernehmung G.'s und lehnte seine Ansprüche auf Grund eines Obergutachtens des Regierungs- und Geh. Medizinalraths X.'ab.

Dr. X. folgerte nämlich aus der Fähigkeit G.'s, in der Klinik 20mal die Kniebeuge auszuführen, dass er damals nicht herzkrank gewesen sein könne — wie dies auch aus den Angaben der Gutachter B. und H. hervorgehe —, und dass auch die Angabe G.'s über seine grosse Schwäche und die Brustschmerzen beim Wassertragen drei Wochen nach der Entlassung aus der Klinik nicht glaubhaft gewesen seien.

Der Vergleich mit dem bekannten Fall des Schiffbauers sei unzutreffend, weil in diesem letzteren die Beschwerden schon am Unfalltage, im Falle G. erst nach 11 Monaten geäussert worden seien.

Die Wittwe des am 14. Oktober 1900 an seinem Herzleiden verstorbenen G. legte Rekurs gegen das Schiedsgerichtsurtheil ein.

Sie beantragte sowohl die Rente für ihren Mann bis zu seinem Tode als die Hinterbliebenenrente.

Wegen des letzteren Anspruchs wurde sie vom Reichs-Versicherungsamt an die Berufsgenossenschaft zurückverwiesen, und die Beschlussfassung über den ersten Antrag wurde vorläufig ausgesetzt.

Wiederum wurden in erster und zweiter Instanz die Ansprüche der Wittwe zurückgewiesen und so gelangte endlich im Sommer 1901 die Sache wieder an die Rekursinstanz.

Auf den Rekurs der Wittwe beauftragte das Reichs-Versicherungsamt zunächst den Dr. Hn. mit Erstattung eines Gutachtens. Dieser bezeugte, dass G. von ihm seit Oktober 1896 wegen ausgebildeten Herzmuskelleidens behandelt worden ist, das nach Erachten des Arztes damals schon Jahre lang bestand. Die Herzdämpfung war nach links verbreitert, der Puls unregelmässig, bestimmte Geräusche waren nicht nachweisbar.

Dr. Hn., dessen Gutachten genauer wiederzugeben, zu weit führen würde, gelangte zu dem Schlusse, dass der Unfall ein schon vorhandenes Herzleiden in seiner Entwicklung beschleunigt habe.

Das Reichs-Versicherungsamt holte nunmehr nachfolgendes Obergutachten des Professors Goldscheider, dirigirenden Arztes am Krankenhause Moabit zu Berlin vom 25. November 1901 ein.

Der damals 25 Jahre alte G. fiel am 18. Oktober 1894 in der Mühle G. beim Ueberschreiten einer Holzwelle c. 4 Fuss hoch herab und zog sich eine Verstauchung des linken Beines zu. Nach Blatt 7 der Generalakten fiel er auf die linke Körperseite, nach Bl. 29 kopfüber mit grosser Heftigkeit auf die ganze linke Körperseite. Er arbeitete zunächst weiter. Am 22. Oktober schwoll das Bein an und wurde schmerzhaft. G. wurde vom Kassenarzt in G. behandelt. Laut Gutachten des Dr. B. vom 14. Mai 1895 bestand zu dieser Zeit am linken Oberschenkel eine harte Knochengeschwulst; im Uebrigen waren keine Gebrechen festzustellen.

G. kam nun am 31. Mai 1895 in die Klinik des Dr. H. in K., von wo er am 23. August 1895 als erwerbsfähig entlassen wurde. Am 10. September 1895 berichtete G. an das Schiedsgericht, dass er durch die Behandlung in der Klinik so geschwächt worden sei, dass er nicht einmal einen Eimer Wasser vom Brunnen nach seiner Behausung schaffen könne; er empfinde bei so kleinen Hebungen heftige Brustschmerzen, so dass er glaube, jeden Augenblick ersticken zu müssen. Er hielt sich, da er sich nicht arbeitsfähig fühlte, bis Frühjahr 1896 bei seinem Bruder auf. Dann fand er bei dem Zimmermeister K. Beschäftigung, wo er 4 Jahre verblieb, aber sehr häufig krank war. Am 14. Oktober 1900 starb G. an seinem Herzleiden.

Er war während dieser Zeit in Behandlung des Dr. Bierfreund, welcher in einem Brief mittheilt, dass ihm G. seit 1896 als herzleidend bekannt sei. In einem ausgezeichneten Gutachten*) macht dieser Arzt dann nähere Angaben über die Art des Herzleidens, welche erkennen lassen, dass eine starke Erweiterung des Herzens, systolisches Geräusch, Verdickung des Herzmuskels und Unregelmässigkeit der Schlagfolge bestand. Dr. B. deutet diese Erscheinungen sehr richtig auf eine primäre Erkrankung der Herzmuskulatur, da er Jahre lang die Zunahme der Herzvergrösserung ohne Geräusche beobachtet hatte. Er bringt die Herzerkrankung mit dem Unfall in ursächliche Beziehung, indem er meint, dass in Folge der Erschütterung beim Auffallen des Körpers der Herzmuskel geschädigt wurde.

Gegen diese Auffassung sprach der Umstand, dass in der Dr. H.'schen Klinik ebenso wenig, wie bei der Untersuchung durch Dr. B. ein Herzleiden bemerkt worden war.

In einem Schreiben aus jener Klinik wird ausdrücklich bemerkt, dass bei jeder Untersuchung eines Patienten auch das Herz untersucht zu werden pflege.

Vom Geheimen Medizinalrath Dr. X. wird in dieser Hinsicht noch geltend gemacht, dass G. bei der Entlassung aus der Klinik 20 Mal die tiefe Kniebeuge auf dem linken Bein ausführen konnte, was ein Herzkranker nicht vermöge. Dr. X. kommt zu dem Ergebniss, dass die Klagen des G. bald nach seiner Entlassung aus der Klinik nicht auf ein Herzleiden bezogen werden könnten, dass letzteres sich vielmehr erst später entwickelt habe. Er weist darauf hin, dass G. nach dem Unfall nicht über Brustschmerzen oder dergl. geklagt habe, auch bei der Untersuchung durch Dr. B. keine dahin gehenden Angaben gemacht habe, ebenso wenig während des Aufenthaltes in der Klinik.

Durch Attest des Dr. Hn. ist erwiesen, dass G. bereits im Jahre 1896 von Mitte Oktober bis Ende Dezember wegen Herzleidens von diesem Arzte behandelt worden ist. Wie derselbe in einem weiteren Gutachten ausführt, war zu dieser Zeit, also ca. 1 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik, das Herzleiden sogar schon hochgradig vorgeschritten. Diese ganz bestimmte ärztliche Angabe, durch welche das Attest des Dr. X. hinfällig wird, macht es wahrscheinlich, dass die Beschwerden, über

*) Dasselbe wird von der Berufsgenossenschaft als „weitschweifig", die in demselben enthaltene detaillirte Beschreibung des Krankheitsverlaufes als „für uns gänzlich ohne Interesse, also vollständig werthlos" bezeichnet.

welche G. nach der Entlassung aus der Klinik klagte, in der That auf der bereits in Entwicklung begriffenen Herzerkrankung beruhten. Es wird auch angenommen werden müssen, dass das Herzleiden in seinen Anfängen bereits während des Aufenthalts in der Klinik vorhanden war, da es unwahrscheinlich ist, dass es sich nach dem Verlassen derselben plötzlich entwickelt haben sollte, und da keine Ursache für die Entstehung eines solchen in diesem Zeitpunkt aufzufinden ist.

Der Umstand, dass das Herzleiden in der Klinik weder zu subjektiven Klagen geführt hat, noch objektiv erkannt worden ist, ist zwar auffallend, kann aber keine entscheidende Bedeutung gegenüber der vorigen Annahme beanspruchen. In der Klinik erfreute sich G. einer geregelten Lebenshaltung und guter Pflege. Ansprüche an seine Körperkräfte und Leistungsfähigkeit wurden nur in so weit gestellt, als er die gymnastischen Uebungen machte. Dass bei denselben keine subjektiven Beschwerden auftraten, lässt noch nicht den Schluss zu, dass G. herzgesund war, sondern nur, dass die Uebungen nicht ein solches Mass von Anstrengung erforderten, dass das Herz des G. ihnen nicht mehr gewachsen war, d. h. dass die gymnastische Behandlung eine schonende war, was sehr zu billigen ist.

Auch Herzkranke vermögen, zuweilen sogar in erstaunlichem Grade, körperlich leistungsfähig zu sein. Gelegentlich bekommen wir Leute mit grossen, offenbar schon lange bestehenden, Herzklappenfehlern in das Krankenhaus, welche bis dahin schwere Arbeitet verrichtet und erst seit Kurzem Beschwerden empfunden haben. Die Behauptung des Dr. X., ein Herzkranker könne nicht 20 Mal die tiefe Kniebeuge ausführen, ist in dieser Allgemeinheit unzutreffend. Da nun G. nicht über Herzbeschwerden geklagt hat, so war für die Aerzte auch keine Veranlassung gegeben, während des Aufenthaltes in der Klinik oder bei der Entlassung das Herz zu untersuchen. Die oben erwähnte, etwas vorsichtig abgefasste Erklärung der Dr. H.'schen Klinik besagt nur, dass „bei jeder Untersuchung auch immer Herz und Lungen des betreffenden Patienten untersucht werden." Dies bezieht sich sicherlich nur auf die Untersuchung bei der Aufnahme in die Klinik. Dass bei der Entlassung eine derartige allseitige Untersuchung vorgenommen werde, ist nicht ausgesprochen und in dem Attest des Dr. H. nach Abschluss der Behandlung ist lediglich von dem Beinleiden des G. die Rede.

Bei der Aufnahme des G. in die Klinik ist das Herzleiden aber wahrscheinlich noch so wenig entwickelt gewesen, dass es bei der Untersuchung nicht bemerkt wurde, besonders da G. nicht diesbezügliche Klagen vorbrachte. Eine rein muskuläre Herzerkrankung, bei welcher krankhafte Geräusche fehlen, kann in ihren Anfängen sich sehr leicht der ärztlichen Feststellung entziehen; eine etwa vorhandene Steigerung der Pulsfrequenz und der Herzaktion, welche das einzige Zeichen bilden können, werden vom Arzt leicht auf den Akt der Untersuchung bezogen. Die Verbreiterung der Herzdämpfung kann so geringfügig sein, dass sie nicht auffällt. Es ist überhaupt ohne Weiteres klar, dass eine innere Erkrankung, welche sich sehr allmählich entwickelt, oft nicht in ihrem Beginn erkannt werden kann, sondern erst, wenn sie eine gewisse Grösse erreicht hat.

Aus den eben entwickelten Gründen kann auch dem negativen Befunde des Dr. B. kein entscheidendes Gewicht beigelegt werden.

Eine positive Angabe, dass das Herz des G. in der H.'schen Klinik als gesund befunden sei, muss sich in dem dort geführten Journal doch wohl nicht finden, da die Erklärung ganz allgemein gehalten ist. Es wäre auch wichtig, zu wissen, ob der Chef der Klinik selbst die Untersuchung der inneren Organe ausgeführt, oder irgend ein junger, vielleicht eben approbirter Assistenzarzt.

Eine viel grössere Schwierigkeit für die ursächliche Beziehung des Herzens auf den Unfall bietet der Umstand, dass G. nach demselben gar keine Brustbeschwerden empfunden und dass die Brust keine Zeichen direkter Quetschung dargeboten hat.

Unsere Kenntnisse auf dem Gebiete der traumatischen Herzerkrankungen sind noch sehr gering, wie auch Stern („Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten" S. 52) zugesteht. Bei den Fällen, welche sicher hierher gehören, hat es sich fast stets um direkte Quetschungen der Brust gehandelt und haben die Kranken alsbald Brustschmerzen, Schwellung der Brust oder andere auf Beschädigung der Brust deutende Symptome gehabt. Nur ein von Professor Litten beschriebener Fall hat eine Aehnlichkeit mit dem unsrigen: Ein 21 jähriger Steinträger war, als er eine Mulde voll Steine auf der Schulter trug, durch Ausrutschen von der Leiter ein Stockwerk tief heruntergefallen, ohne sich äussere Verletzungen zuzuziehen. Am achten Tage traten Herzbeutelentzündung, vermehrte Herzthätigkeit, Athmungsbeschwerden, Herzklopfen u. s. w. ein. Später entwickelte sich eine Herzerweiterung und systolisches Geräusch. (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1900.)

Hier ist also von einer direkten Quetschung der Herzgegend nichts angegeben; aber es waren freilich schon nach kurzer Zeit Symptome von Seiten des Herzens hervorgetreten.

Es ist nun zwar im vorliegenden Falle G. nicht ausdrücklich bemerkt, dass G. eine Quetschung der Brust erlitten habe, allein da er kopfüber mit grosser Heftigkeit auf die ganze linke Körperseite aufgeschlagen ist, so ist doch augenscheinlich auch die linke Brustseite, d. h. die Herzgegend, betroffen worden.

Die Unfallanzeige ist sehr kurz gehalten; eine detaillirte Beschreibung der Art des Unfalles fehlt; als Verletzung ist nur „Verstauchung des linken Beins" angegeben, was auch den Thatsachen nicht entspricht, da es sich vielmehr um einen Knochenbruch gehandelt hat. Eine nähere Schilderung der Unfallfolgen erfolgt erst am 15. Mai 1895, also ein halbes Jahr nach dem Unfall. Es ist daher gar nicht erwiesen, ob nicht eine nachweisbare Quetschung der Brust, mit Verfärbung, Schwellung u. s. w. der Brustweichtheile bestanden hat. G. muss eine sehr indolente Natur gewesen sein; er hat mit seinem Knochenspalt, welcher eigentlich eine sofortige Krankenhausbehandlung nothwendig gemacht hätte, mehrfach Reisen zurückgelegt und ist ambulant behandelt worden. So lesen wir: G. fährt am 22. Oktober (da das Bein anschwoll und sehr schmerzhaft war) nach Gumbinnen, um ärztlichen Rath bei dem Kassenarzt einzuholen. Derselbe verordnete Ruhe und Einreibung und musste G. das Bett nun hüten. Die Schmerzen liessen wohl nach, aber die Geschwulst am Bein blieb. Am 27. Oktober fuhr er dann wieder nach Gumbinnen zum Kassenarzt und musste G. weiter das Bett hüten und einreiben. Da er fortwährend bettlägerig war, Arbeit nicht mehr leisten konnte, ging er am 4. November aus dem Dienste und kam nach Insterburg zu seinem Bruder. Von hier aus fuhr er noch mehrere Male zum Kassenarzte nach Gumbinnen und brachte zum Theil im Bette, zum Theil ausserhalb desselben die Zeit zu u. s. w. Wenn daher Klagen über Brustschmerzen u. s. w. nicht geäussert worden sind, so muss doch die Indolenz des Mannes berücksichtigt werden. Da er mit grosser Heftigkeit 4 Fuss tief auf die linke Seite aufschlug, so muss ja zum Mindesten eine Weichtheilquetschung stattgefunden haben. Das Fehlen von bezüglichen Klagen be-

weist also, dass G. gegenüber seinen Beinbeschwerden andere nicht beachtet und bewerthet hat.

Hierzu kommt, dass G. durch seinen Beinbruch zur Ruhe verurtheilt war, und daher irgend welche das Herz anstrengende körperliche Leistungen nicht vollbrachte. Hätte lediglich eine Brustquetschung ohne Verletzung des Beines bestanden, wie es bei den bis jetzt bekannten Fällen von traumatischer Herzerkrankung meist der Fall war — so dass er alsbald sich wieder bewegt und allerlei unternommen hätte, so wären ihm wahrscheinlich die Herzbeschwerden auch früher zum Bewusstsein gekommen.

Für die ursächliche Bedeutung des Unfalles spricht in hohem Grade der Umstand, dass irgend ein anderes Moment, welches die Herzmuskelerkrankung des G. bedingt haben könnte, fehlt. Ein junger Mann bekommt nicht ohne Weiteres eine derartige Herzkrankheit; bei vorgerücktem Lebensalter wäre dies etwas Anderes. Ferner sprechen für den Zusammenhang die zeitlichen Umstände des Verlaufes der Erkrankung, welche gerade zu der Annahme stimmen, dass im Anschluss an den Unfall sich die Erkrankung von kleinen Anfängen aus allmählich entwickelt hat.

Gegenüber diesen Faktoren kann es nicht entscheidend sein, dass gewisse Thatbestände fehlen, wie Klagen über Brustschmerzen, äusserliche Zeichen von Brustquetschung; denn diese Mängel beruhen eben zum Theil auf der Ungenauigkeit der amtlichen Berichterstattung, auf der Indolenz des G., auf dem überwiegenden Interesse, welches dem Beinbruch zugewandt wurde.

Was die Natur des Leidens betrifft, so hat dasselbe sehr wahrscheinlich in einer fortschreitenden Herzmuskelentartung durch Erschütterung der Brust bestanden.

Herr Dr. Hn. meint, dass der Beginn der Krankheit schon vor dem Unfall liegen müsse; jedoch sind die von ihm hierfür aufgeführten Gründe nicht zureichend. Da von der traumatischen Herzmuskelerkrankung bislang nur eine geringe Anzahl von Fällen genau beobachtet und studirt ist, so kann man weder mit Bestimmtheit sagen, wie stark die einwirkende mechanische Gewalt sein muss, noch in welcher Zeit sich das Leiden entwickelt? Ebenso halte ich es für unrichtig, wenn Dr. H. nur solche Fälle gelten lassen will, welche dem von Prof. Hochhaus mitgetheilten Falle des Schiffbauers genau gleichen.

Dass das Herzleiden durch die Behandlung in der Dr. H.'schen Klinik verschlimmert worden sei, ist nicht wahrscheinlich; vielmehr deutet der Umstand, dass, trotzdem offenbar die Erkrankung des Herzens schon in der Entwicklung war, G. bei den Uebungen keine Herzbeschwerden bekommen hat, darauf dass dieselben mit Schonung und Vorsicht angewendet wurden.

Hiernach begutachte ich, dass das Herzleiden, welchem der Müllergeselle G. erlegen ist, mit dem Unfall vom 18. Oktober 1894 in einem ursächlichen Zusammenhange gestanden hat und dass die mediko-mechanische Behandlung in der Klinik des Dr. H. nicht geeignet war, das damals in den Anfängen vorhandene Herzleiden ungünstig zu beeinflussen.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in seiner Sitzung vom 31. Januar 1902 nach mündlicher Verhandlung für Recht erkannt:

1. Unter Aufhebung des Urtheils des Schiedsgerichts für die Sektion I der pp. Berufsgenossenschaft vom 16. Juli 1900 und des ablehnenden Bescheids des Vorstandes dieser Sektion vom 18. Dezember 1899 wird die Beklagte verurtheilt, den Klägern als Erben für die Zeit vom 11. September 1899 bis zum 13. Oktober 1900 einschliesslich eine Rente nach dem Jahresbetrage von 282 M. (Zweihundertzweiundachtzig Mark) zu zahlen.

2. Unter Aufhebung des Urtheils des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in Gumbinnen vom 24. April 1901 und des ablehnenden Bescheides des Vorstandes der Sektion I der Berufsgenossenschaft vom 21. Februar 1901 wird die Beklagte verurtheilt, den Hinterbliebenen und zwar: der Wittwe und jedem der zwei Kinder vom 14. Oktober 1900 ab eine jährliche Rente von je 112 M. 80 Pf. (Einhundertzwölf Mark 80 Pf.) zu zahlen und der Wittwe an Sterbegeld 50 M. (fünfzig Mark) zu erstatten.

Gründe.

Gegen beide vorbezeichnete Urtheile, auf deren Inhalt verwiesen wird, hat die Wittwe G. rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihr und ihren Töchtern sowohl die ihnen als Erben des G. G. zustehende Rente, die diesem zu seinen Lebzeiten zugestanden hätte, als auch die Hinterbliebenenrente zu gewähren.

Auf den näheren Inhalt ihrer beiden Rekursschriften wird Bezug genommen.

Die Beklagte hat die Zurückweisung beider Rekurse beantragt.

Das Reichs-Versicherungsamt hat den Dr. Hn. aus J. als Zeugen und Sachverständigen über die Krankheitsgeschichte des G. G., über die Natur des Herzleidens desselben und über die Frage des ursächlichen Zusammenhangs dieses Herzleidens mit dem Unfall vom 18. Oktober 1894 gerichtlich vernehmen lassen und sodann noch über die letztere Frage ein Obergutachten von dem Professor Dr. Goldscheider in Berlin eingeholt.

Auf das gerichtliche Protokoll vom 23. Oktober 1901, auf das zu dessen integrirendem Bestandtheil gemachte schriftliche Gutachten des Dr. Hn. vom 19. Oktober 1901 und auf das Obergutachten des Professor Dr. Goldscheider vom 25. November 1901, welche sämmtlichen Urkunden den Parteien abschriftlich mitgetheilt sind, wird Bezug genommen.

Danach war zu erkennen, wie geschehen.

Dass der Tod des G. durch ein Herzleiden verursacht worden ist und dass der Genannte in Folge dieses Herzleidens während der letzten Zeit vor seinem Tode in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beschränkt war, ist zweifellos und auch von der Beklagten nicht bestritten.

Die Entscheidung auf beide Rekurse hängt in erster Linie davon ab, ob das Herzleiden des G. mit dem Betriebsunfall, den er am 18. Oktober 1894 erlitten hat, in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden muss. Diese Frage hat das Reichs-Vers.-Amt auf Grund der überzeugenden Darlegungen des Prof. Goldscheider, denen es sich durchgehends angeschlossen hat, bejaht. Daraus ergab sich die Verurtheilung der Beklagten zur Zahlung der Hinterbliebenenrente an die Kläger seit dem 14. Oktober 1900, dem Todestage des G., bei Aufhebung des Urtheils vom 24. April 1901 und des Bescheides vom 21. Februar 1901 ebenso ohne Weiteres, wie die Aufhebung des Urtheils vom 16. Juli 1900 und des Bescheides vom 18. Dezember 1899 hinsichtlich der für die Lebzeit des G. begehrten Rente. Was aber die Bemessung der letzteren, welche den Klägern als Erben des G. seit dem 11. September 1899, dem Tage des Eingangs des Antrages des G. auf Neufestsetzung einer Rente bei der Beklagten, bis zum 13. Oktober 1900, dem Tage vor G.'s Tode, einschliesslich zuzusprechen war, betrifft, so hat das Reichs-Versicherungsamt sich unbedenklich der mit dem geschilderten Befunde wohl vereinbaren und sachgemäss erscheinenden Schätzung des Dr. Bierfreund in Insterburg im Gutachten vom 18. November 1899 ange-

schlossen und deshalb die Beklagte verurtheilt, den Klägern, als Erben G.'s für den gedachten Zeitraum eine Theilrente von 75 Prozent zu zahlen.

Ueber 300 landwirthschaftliche Unfälle, die innerhalb 5 Jahren rentenfrei geworden sind.

Von

Dr. **Moser**-Weimar.

(Schluss.)

Zum Schluss noch einige Beiträge zum Kapitel „Unfall und Krankheit resp. Unfallfolgen".

Fall 1. Eine 45jährige Frau gleitet im Dezember, im Begriff, vom Wohnhaus in den Stall zum Melken zu gehen, auf dem Eise im Hofe aus und kommt zu Fall. Die Behandlung findet durch einen Bader des nahen Dorfes statt, der eine „Erschütterung der Rückennerven" konstatirt. Ein Unfallprotokoll, ca. drei Monate später aufgenommen, giebt nur kurz den Hergang des Unfalles, wie oben erwähnt, an. Im April findet die erste ärztliche Untersuchung statt. In dem Gutachten heisst es:

Subjektive Beschwerden: „Die Frau will oft Kopfschmerzen haben, Schlaflosigkeit, Schwindel; wenn sie sich anstrenge, bekäme sie Schmerzen in den Gliedern, Brust und Rücken."

Objektiver Befund: Nachzuweisen von einer Verletzung ist gar nichts. Sie meint, ihre Nerven wären erschüttert, wie man ihr gesagt habe. Sie sieht bleich aus, ist von zarter Konstitution, krankhafte Erscheinungen sind zur Zeit nicht nachzuweisen.

Als Folgezustände der Verletzung wird „Nervenschwäche" angegeben. Die Frage nach Krankheiten vor dem Unfalle wird verneint. Rente 10 %.

Im Mai desselben Jahres erklärt die Verletzte der Berufsgenossenschaft, dass sie sich mit der kleinen Rente nicht mehr zufrieden geben könnte; die häusliche Arbeit, die ihr ganz allein zufalle, könne sie seit dem Unfall nicht mehr verrichten, die Schmerzen im Rücken seien stärker geworden.

Einige Wochen darauf wird die Frau von Neuem untersucht. Zweiter Befund:

Subjektive Beschwerden: „Klagt bei ihrer Arbeit über Kreuzschmerzen, hat starke Blutungen, während dieser Zeit sind die Schmerzen stärker."

Objektiver Befund: „Nachzuweisen im Kreuz und an der Wirbelsäule ist gar nichts; glaubhaft sind aber die Erscheinungen. Innere Untersuchung ergiebt, dass die Gebärmutter am Muttermund stärker verdickt ist in Folge alter Narben. Gebärmutterkatarrh. Wie weit sich dies Alles mit dem Unfall in Zusammenhang bringen lässt, ist nicht mehr zu entscheiden. Die Leute schieben natürlich Alles auf ihren Unfall. 10 % Rente wird weiter gewährt.

Eine vierte Untersuchung ergiebt dasselbe Resultat;

eine fünfte Untersuchung durch einen anderen Arzt bei denselben subjektiven Beschwerden als objektiven Befund eine maligne Geschwulstbildung am Muttermund.

Die Geschwulstbildung ist nicht durch den Unfall hervorgerufen, Wegen ihrer Allgemeinerkrankung ist die Frau fast völlig erwerbsunfähig. Hierauf wird die Rente entzogen. —

Fall 2. Ein 64jähriger Mann war damit beschäftigt, Buschholz abzuschlagen; bei dieser Beschäftigung wurde er nach seiner Angabe durch eine zurückschlagende Haselruthe so empfindlich ins linke Auge getroffen, dass er in Folge der Schmerzen die Arbeit einstellen musste. Erst nach ca. sechs Tagen geht der Verletzte zum Arzt, der jedoch nichs Krankhaftes am äusseren Auge konstatiren konnte. Ueber eine innere Untersuchung liegen keine Angaben vor.

Ca. vier Monate später findet die erste ärztliche Untersuchung auf Anordnung der Berufsgenossenschaft statt. In dem Gutachten heisst es: Vor der Verletzung schon beginnender Staar, der aber durch letztere verschlimmert worden ist. Objektiver Befund: links ein noch nicht ganz reifer grauer Staar, rechts beginnende feine Trübung.

Die Berufsgenossenschaft lehnt die Gewährung einer Rente ab; der Verletzte legt Berufung ein und das Schiedsgericht bewilligt eine 25prozentige Rente unter der Annahme, dass der Schlag damals so stark gewesen sei, dass dadurch die Veranlassung zur schnell links eingetretenen Linsentrübung gegeben worden sei.

Ein Rekurs seitens der Berufsgenossenschaft fand nicht statt.

Fall 3. Ein 65jähriger Landwirth war beschäftigt, ca. vierzöllige Fichtenstangen abzusägen. Eine Fichte kam unvermuthet eher zu Fall und traf den X. mit dem Giebel auf den Hinterkopf, so dass X. zu Boden gefallen sein will. Neun Tage später wird zum ersten Mal ein Arzt konsultirt. Drei Monate später das erste ärztliche Zeugniss.

Subjektiv: Oefters Schwindelanfälle, will 3 Mal nach dem Unfall, zuletzt vor drei Tagen auf freiem Felde rückwärts hingefallen sein, wobei das Bewusstsein jedoch erhalten war. Schlaflosigkeit, Schmerzen im Hinterkopf.

Objektiv: X. leidet an Bronchialkatarrh mit Blutauswurf; an chronischem Blasenkatarrh mit blutigem Urinabgang, an einem rechtsseitigen Leistenbruch und Krampfadern am linken Unterschenkel. Die Untersuchung am neunten Tage nach der Verletzung war völlig negativ, weder Wunde, Röthung, Schwellung war am Hinterkopf nachzuweisen; nur eine Stelle schien bei Druck schmerzhaft und zwar eine abnorme, aber angeborene Vertiefung im Hinterhauptsbein, da wo die kleine Fontanelle bei Kindern sich befindet; auch zeigte das ganze Hinterhauptsbein keine normale Wölbung, sondern war stark abgeflacht. Das Gedächtniss war gut erhalten und die bei ihm bekannte Schwatzhaftigkeit noch gerade so gut, wie vor dem Unfall. Die Möglichkeit, dass die Schlaflosigkeit und Schwindel, wegen deren mich X. allerdings wiederholt konsultirte, auf den Unfall zurückzuführen ist, muss zugegeben werden. Simulation ist nicht ganz ausgeschlossen. 10 % Rente.

Ungefähr ein Jahr später erscheint X. zum zweiten Mal zur Untersuchung; der Arzt lehnt jedoch aus äusseren Gründen die Untersuchung ab, um so mehr, als X. nach J. will in die Irrenklinik, woselbst derselbe, da er jetzt lauter wirres Zeug spricht und thut, wohl auch am besten beobachtet und begutachtet werden kann.

Einige Tage hierauf wird X. in der Irren-Heilanstalt aufgenommen, hier wird Dementia senilis als vorliegend erkannt.

5 Tage später Tod in Folge einer Lungenentzündung.

Fall 4. Die 30jährige Ehefrau eines Landwirthes stiess gelegentlich einer landwirthschaftlichen Arbeit mit dem rechten Knie an ein leeres Fass. — Unfallprotokoll wird nicht aufgenommen, ¼ Jahr später wird Rentenanspruch erhoben. Gelegentlich der Festsetzung der Rente kommt zur Kenntniss der Berufsgenossenschaft, dass die Verletzte schon früher an Schmerzen in dem verletzten Bein geklagt hat, deswegen auch in ärztlicher Behandlung gewesen ist. Es fragt sich nun, ob die Beschwerden, die die Verletzte jetzt klagt, nicht auf das frühere Leiden zurückzuführen sind, ja ob überhaupt der Unfall s. Z. wirklich sich ereignet hat.

Der erste Arztbericht kommt auf Grund eines völlig negativen objektiven Befundes zur Ablehnung einer Rente. Die Berufsgenossenschaft schliesst sich diesem Urtheil an, wird aber auf die Berufung der Verletzten vom Schiedsgericht zur Zahlung einer Rente von 25 % verurtheilt. Das Schiedsgericht hatte ein Gutachten des Arztes eingeholt, der die X. früher behandelt hatte und hierin hiess es: „Ich halte sonach die jetzigen Beschwerden der Frau für Folgen des erlittenen Stosses, dessen Wirkung begünstigt wurde durch die nervöse Veranlagung der Verletzten."

Auf Grund eines weiteren Gutachtens setzt die Berufsgenossenschaft ein Jahr später die Rente auf 15 % herab, wogegen die Verletzte Berufung beim Schiedsgericht und auch Rekurs beim Reichsversicherungsamt ohne Erfolg einlegt; ein weiteres Jahr später wird die Rente ganz eingestellt. Berufung ans Schiedsgericht seitens der Verletzten wird verworfen, da die jetzt bestehenden Beschwerden Folgen ihrer seit Jahren schon vor dem Unfall vorhandenen Hysterie seien.

Fall 5. Laut Unfallanzeige wollte die 44jährige Ehefrau eines Landwirthes eine Kuh in den Stall bringen; unterwegs scheut die Kuh und bohrt die X. an die Wand, so dass sie nicht in die Wohnstube zurückgehen konnte und acht Tage arbeitsunfähig war. Aerztliche Hilfe wurde nicht in Anspruch genommen. Der Unfall erst spät gemeldet. Nach 13 Wochen ist objektiv nichts als eine geringe

Druckempfindlichkeit an der Wirbelsäule zu finden. Der Arzt nimmt traumatische Neurose als vorliegend an. Rente 20 %. Ein halbes Jahr später begutachtet ein anderer Arzt den Fall, findet eine Magenerweiterung, nimmt an, dass diese alle Beschwerden verursache und durch den Unfall verschlimmert worden sei. Schlägt eine Dauerrente von 15 % vor, da sich der Befund nicht wesentlich ändern werde.

Fall 6. Eine 66 jährige Frau besorgte das Kochen der Futterkartoffeln und war eben im Begriff, im Kesselofen nachzulegen, rutschte aus und fiel auf die linke Seite, wodurch die Verstauchung herbeigeführt wurde. (Unfallanzeige).

Aerztliche Hilfe wurde nicht in Anspruch genommen.

Nach 13 Wochen stellt der begutachtende Arzt nichts weiter als „eine grosse Empfindlichkeit an Schulter und Arm, sowie am rechten Bein gegen Druck fest", und nimmt dies als Folge des Unfalles an.

Ausserdem bestehen an alten Beschwerden: Verkürzung des rechten Beines um 10 cm; Skoliose; grosser Vorfall der Gebärmutter, Scheide und Harnblase. 25 % Rente.

Nach ca. $1^1/_2$ Jahren erneute Untersuchung: Die Schmerzen, welche unaufhörlich früher im linken Arm und in der linken Schulter waren, haben sich fortgezogen nach anderen Körpertheilen. Einstellung der Rente.

Fall 7. Ein 59 jähriger Landwirth führte eine Kuh, dieselbe scheute und warf den X. zu Boden. — Einknickung mehrerer Rippen der rechten Seite, später Lungenentzündung.

Nach 13 Wochen besagt das ärztliche Gutachten: Der Verletzte athmet schwer unter beständigem Stöhnen und fährt zuweilen mit der Hand nach der rechten Brust. Inspektion ergiebt schweres Athmen, Zurückbleiben der rechten Brustseite. Hinten rechts unterhalb des Schulterblattes eine etwa handtellergrosse Vertiefung, nicht bedeutend, einzelne Unebenheiten an den Rippen dieser Gegend. Auf der rechten Lunge an verschiedenen Stellen Geräusche, das Athmen nicht rein, zuweilen nicht vesikulär. Die Beschwerden auf der rechten Lunge verbieten jegliches Arbeiten, ebenso ist längeres Umhergehen unmöglich. Vorgeschlagen werden 100 % Rente.

Das ist dem Vertrauensmann, der den Mann von früher her kennt, zu viel und er beantragt, einen zweiten Arzt zu hören. Dieser stellt ein altes Lungenemphysem fest, als Folge der Verletzung Verdickung an den betreffenden Rippen.

15 % Rente als Folge des Unfalles.

Ungefähr $1^1/_2$ Jahr später nochmalige Untersuchung. Es können keine Unfallfolgen mehr nachgewiesen werden. Einstellung der Rente. Berufung ans Schiedsgericht, dieselbe wird verworfen unter der Begründung:

„Sollten ja noch Schmerzen in Folge des Unfalles bestehen, so ist die hierdurch hervorgerufene Arbeitsbehinderung so geringfügig, dass ein messbarer wirthschaftlicher Nachtheil damit nicht verbunden ist."

Schon im Jahre 1888 erliess das R. V. A. in voller Würdigung einer genauen ärztlichen Untersuchung sofort nach Eintritt des Unfalles ein Rundschreiben an die Berufsgenossenschaften; darin heisst es: „Insbesondere scheint die auf Antrag der Berufsgenossenschaften seitens der Untersuchungsbehörde (Polizeibehörde) zu bewirkende Zuziehung von Sachverständigen nicht in dem wünschenswerthen Umfange zu erfolgen. Vielfach haben, in nicht ganz einfach liegenden Fällen, die bei den Schiedsgerichtsverhandlungen später zugezogenen ärztlichen Sachverständigen für die Abgabe eines Gutachtens über den ursächlichen Zusammenhang zwischen einen Betriebsunfall und der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit eine alsbald nach Eintritt des Unfalles vorgenommene genaue ärztliche Untersuchung und Feststellung der Verletzung vermisst. Die Herbeiführung dieser Feststellung wird sehr häufig im Interesse der Berufsgenossenschaft liegen und auf dem angegebenen Wege unschwer zu erreichen sein."

Kaum eine Berufsgenossenschaft hat dem Folge geleistet. Wer als begutachtender Arzt Unfallakten oft zu Gesicht bekommt, erfährt tagtäglich, wie äusserst mangelhaft die protokollarischen Aufnahmen über den Hergang des Unfalles, der Zeugenaussagen, der Feststellung der Verletzung sind. Angaben über den Zustand des Verletzten vor dem Unfall, zur Zeit der Verletzung, über den Verlauf der letzteren selbst sind kaum zu finden. Erst nach Verlauf von 13 Wochen, wenn es an die Festsetzung der Rente geht, wird nach der Vergangenheit geforscht und was hierbei herauskommt, ist meist so widersprechend oder unsicher, dass es der begutachtende Arzt ebenso gut zu Gunsten der Berufsgenossenschaft, wie für den Verletzten verwerthen kann.

Aber gerade die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft, bei ihrem oft sehr fraglich arbeitsfähigen Menschenmaterial vom schulpflichtigen Kind bis zur 80 jährigen Grossmutter hätte genügend Veranlassung, in jedem Fall sofort die Verhältnisse so klar wie möglich stellen zu lassen, um später ein völlig der Berufsgenossenschaft, wie dem Verletzten gleich gerecht werdendes Gutachten zu erhalten.

Bei jeder Verletzung des Kopfes z. B., sie mag noch so gering erscheinen, ist eine genaue Aufnahme des geistigen, wie körperlichen Zustandes des Verletzten sofort nach dem Unfall unbedingt nothwendig. In der vom Verletzten, resp. von seinen Angehörigen verfassten Unfallanzeige wird natürlich der Thatbestand möglichst schlimm geschildert, Gehirnerschütterung ist noch die geringste Form derartiger Verletzungen; ein Arzt wird kaum zwei oder dreimal um Rath gefragt und der vielbeschäftigte Landarzt kommt bei den meistens geringen Klagen nicht auf den Gedanken, den Mann einer eingehenderen Untersuchung zu unterziehen. Nach 13 Wochen mehren sich die Klagen, es wird über mangelnde Sehschärfe, über mangelhaftes Gehör geklagt, über Kopfschmerzen, Schwindel u. s. w. Tritt dann im Laufe dieser Zeit eine schon länger vorhandene Demenz stärker in die Erscheinung, finden sich Veränderungen im Ohr, im Auge, so ist ja stets die „hohe Wahrscheinlichkeit" des ursächlichen Zusammenhanges mit dem Unfall vorhanden, während es sich bei sofortiger Untersuchung gezeigt hätte, dass dies schon alte Leiden sind, die mit dem Unfall nichts zu thun haben, ja, dass überhaupt gar kein Unfall vorgelegen hat, sondern, um bei dem gleichen Bilde zu bleiben, ein geringfügiger apoplektischer Insult als Folge von Arteriosklerose.

Weiterhin erwähne ich, wie oft Gebärmuttervorfälle, Krampfadern, alte Unterschenkelgeschwüre mit einem Unfall in Zusammenhang gebracht und auch seitens der Berufsgenossenschaft entschädigt werden. Allen diesen Weiterungen wird aus dem Weg gegangen, wenn sofort nach dem Unfall ein eingehendes Protokoll aufgenommen wird, unter Zuziehung eines praktischen Arztes, der in der Unfallpraxis genügend bewandert, mit jeder ärztlichen Untersuchungsmethode eingehend vertraut ist. Dann wird auch eine grössere Einheitlichkeit in die Begutachtung der Unfallfolgen kommen, die grosse Zahl der Unfallrentner, die jetzt, wenn ich mich so ausdrücken darf, meistens nur eine — Verlegenheitsrente — von 10 oder 15 Prozent erhalten, wegfallen. Es wird aber, und das dürfte das Wichtigste sein, dadurch, dass die Berufsgenossenschaften den Aerzten ein einwandfreieres Material bieten als Grundlage für ihre gutachtliche Meinung in zweiter und dritter Instanz, das Rechnen mit der hohen Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges mehr schwinden, die Gutachten werden nicht nur einheitlicher, sondern, was noch werthvoller ist, bestimmter und den Verhältnissen entsprechender sich gestalten.

Eine weitere Möglichkeit, dies zu erreichen, würde ich darin sehen, wenn die Berufsgenossenschaften sich entschliessen könnten, öfters, nicht nur gelegentlich einer event. zu gewährenden Hinterbliebenenrente, die Sektion verstorbener Unfallrentner zu veranlassen, um die wirklich vorhanden ge-

wesenen, durch den Unfall gesetzten Schädigungen durch Besichtigung an der Leiche genau darlegen zu lassen oder die s. Z. am Lebenden nicht feststellbaren, oft nur vermutheten, resp. angenommenen, nunmehr nachzuweisen.

Referate.

Innere Medizin.

Beitrag zur Kenntniss der Herzklappenverletzung durch plötzliche Ueberanstrengung.

Von Dr. E. Bourquin und Dr. F. de Quervain in Chaux-de-Fonds.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen, 1902, No. 5.)

Ein 35jähr. kräftiger Mann, der in völliger Gesundheit stets die schwersten Arbeiten hatte verrichten können, erkrankte, nachdem er bei einer übergrossen Anstrengung im Kampfe mit einem ins Rollen gerathenen Spiritusfasse einen plötzlichen peitschenhiebartigen Schmerz in der Brust verspürt hatte.

Zuerst, sofort nach dem Unfall, bekam er Nasenbluten und befand sich im Ganzen unwohl. Schon am nächsten Tage konnte er wegen grosser Mattigkeit nicht arbeiten, musste mit Blut vermengten Schleim aushusten und begab sich am dritten Tag zum Arzt mit Klagen über unbestimmte Schmerzen in der Brust, im Bauche und in der Lendengegend. Wenige Tage später wurde bei zunehmender Mattigkeit Cyanose, Pulsbeschleunigung und bei normaler Herzgrösse ein starkes Geräusch an der Mitralklappe sowie eine Temperatursteigerung 37,8 festgestellt. Zu diesem Symptomenbilde, bei welchem wegen der grossen Schwäche bereits an Embolien im Bereich des Rückenmarks gedacht wurde, kamen noch Schmerzen im Bereiche des Brustfells und der Milz, Schwindelgefühle, Gallenerbrechen und Eiweissgehalt des Harns, und sieben Wochen nach dem Unfall erlag Patient einer Hirnembolie.

Bei der Autopsie wurde am mittleren Mitralkegel eine durch Staphylokokken bedingte zirkumskripte ulcerös-verrucöse Endocarditis mit Fehlen der zum veränderten Bereich gehörigen Sehnenfäden festgestellt, welche die Einzelheiten der ursprünglichen Klappenverletzung nicht mehr erkennen liess. Ferner bestanden ziemlich frische Infarkte in Milz und Nieren und eine frische Embolie der Arteria fossae Sylvii mit Blutungen im Verlauf des von der Zirkulation ausgeschalteten Bereiches.

Die scharf begrenzte Lokalisation der Klappensegelerkrankung, die völlige Intaktheit aller übrigen Klappen, die Frische der vorhandenen Veränderungen, lassen, in Verbindung mit dem Faktum, dass vor der Verletzung völlige Gesundheit bestand, mit Sicherheit den Schluss zu, dass der ganze Krankheitszustand seine Ursache hat in einer — vielleicht geringen — Zerreissung des mittleren Mitralsegels beim Unfall, welche den im Blut kreisenden, offenbar schwach virulenten Staphylokokken Gelegenheit zur Ansiedelung gab. Ein in diesem Sinn abgegebenes Gutachten gab der Versicherungsgesellschaft Veranlassung, der Wittwe des Verunglückten den vollen Betrag für Tod als Unfallfolge zuzusprechen.

Seelhorst.

Akute Herzinsuffizienz als Unfallfolge.

Von Dr. Jorns-Pöttmes, Oberbayern.

(Münch. med W. 1902. No. 22.)

Ein 22jähriger, mässiger, sehr kräftiger Mann, welcher ausser einer Lungenentzündung Krankheiten nicht überstanden hatte, auch kurz vorher militärdiensttauglich befunden worden war, erkrankte nach einer besonders starken Anstrengung (Festhalten eines Ebers behufs Kastration desselben) plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Herzgegend und starker Athemnoth. Dyspnoe, Cyanose, starke Dilatation des Herzens, Unreinheit der Herztöne, Pulsschwäche und Frequenz von 130 pro Minute, Lungenödem, konstatirte der Verf. bei seiner Ankunft, die Erscheinungen wurden immer heftigere, es traten 10 Tage nach der Verletzung Lungenblutungen (Infarkt) auf und unter Abmagerung und Oedembildung an den Extremitäten erfolgte 13 Tage nach dem Unfall der Tod. Sektion wurde nicht gemacht; die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft erkannte den Unfall als Ursache der Erkrankung an!

Seelhorst.

Ueber traumatische Herzklappen- und Aortenzerreissung.

Aus dem patholog. Institut zu Strassburg.

Von Prof. Dr. M. B. Schmidt, 1. Assistent.

(Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 38.)

Nach einem im unterelsässischen Aerzteverein am 19. Juii gehaltenen Vortrage.

Die bisher in der Literatur niedergelegten Fälle von traumatischer Herzklappenzerreissung litten alle insofern an einer Unklarheit, als entweder eine Endocartitis prädisponirendes Moment zu sein schien oder das Trauma nicht sicher feststand. Verf. vermag einen Fall beizubringen, in welchem an einem nicht vorher erkrankten Herzen durch Sturz aus der Höhe auf die linke Körperseite ausser anderen Verletzungen Rupturen von Klappen und Verletzungen der Aortenwand nachzuweisen waren. Es fand sich bei der Obduktion des 85jährigen Mannes sowohl ein winklig geknickter Riss in der hinteren Aortenklappe als auch ein 2 mm langer Einriss der unteren Fläche des vorderen Mitralsegels über dem Ansatz eines Sehnenfadens.

Es kann hier nur der mechanische Druck des Aortenblutes im Moment ihrer stärksten Dehnung (unmittelbar nach Beginn der Diastole) die dorsale Klappe gesprengt haben und es muss der durch diese Sprengung entstandene plötzliche Rückstrom die offene Mitralklappe gewaltsam emporgeworfen und dadurch die theilweise Ablösung von dem Sehnenfaden bewirkt haben. Der Tod scheint sofort eingetreten zu sein. In den Klappen waren, unberührt von den Rissen, vereinzelte Kalkablagerungen vorhanden. Auch die Aorta wies mehrfache Einrisse auf, welche zum Theil auf die Adventitia durchdrangen; ihre Ränder waren verschieden weit abgeschält, eine Illustration zu dem in letzter Zeit oft behaupteten Entstehen von Aneurysmen durch traumatische Einflüsse.

Seelhorst.

Zur Kasuistik traumatischer Herz- und Gefässaffektionen.

Von Dr. Georg Jochmann.

Aus dem allg. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf (Medizin. Abthlg., Oberarzt Dr. Rumpel).

(Monatsschr. f. Unf.-Heilk. u. Inval.-Wesen 1902, No. 9.)

Drei Fälle werden beschrieben.

Im ersten erlitt ein weder zu Herzaffektionen durch Vorkrankheiten disponirter, noch auch vorher irgendwie vorübergehend arbeitsunfähiger, kräftiger Mann von 40 Jahren eine starke Quetschung des Brustkorbes mit Bruch der Dornfortsätze des 8. und 10. Brustwirbels und Bruch der 6. und 7. Rippe rechts hinten. Es traten im Verlauf der etwa drei Monate dauernden Behandlung Schmerzen in der linken Brustseite ein, ohne dass objektiv Veränderungen am Herzen festgestellt werden konnten. Der Mann wurde aber nicht wieder fähig, seine frühere schwere Arbeit zu verrichten, und es wurde bei einer $4^1/_2$ Monate nach dem Unfall vorgenommenen

Herzuntersuchung sehr erhebliche Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts und oben, geringe Vorwölbung der linken Brustseite, sichtbares Pulsiren der Herzgegend, besonders linkerseits, Verlagerung des Spitzenstosses nach aussen, schwächeres Klopfen des linksseitigen Radialpulses, der nicht die Qualität eines Aorteninsuffizienzpulses aufwies, Unreinheit der Mitraltöne, giessendes Geräusch an der Aorta, Schwirren in der linken Carotis und sichtbare Carotidenpulsation wahrgenommen. Alle diese Erscheinungen blieben bestehen, was bei späteren Untersuchungen konstatirt wurde. Die Diagnose: Aortenaneurysma wurde durch einen im Röntgenbilde sichtbaren, pulsirenden, abnorm breiten Schatten im Bereich der aufsteigenden Aorta gestützt. Die Berufsgenossenschaft zahlte dem ärztlichen Gutachten gemäss eine Rente für 75 Prozent Erwerbsfähigkeitsbeschränkung.

Der 2. Fall weist nicht so klare Verhältnisse auf, wenn auch die Entstehung des Herzfehlers, der ebenfalls als Aortenaneurysma gedeutet werden musste, durch einen Unfall angenommen werden muss. Auch hier lagen für einen Herzfehler prädisponirende Vorkrankheiten nicht vor. Patient war beim Militär von einer fallenden Thür gegen die Brust getroffen worden; nach $2^1/_2$ monatiger Behandlung wurde er wieder zum Dienst entlassen. Ein Jahr lang diente er, zeitweise Schmerzen in der Brust verspürend, noch weiter, anscheinend seine Zeit zu Ende. $2^1/_2$ Jahr nach dem Unfall vermehrten sich die Stiche in der Herzgegend, er wurde, besonders bei der Arbeit, kurzathmig und suchte ärztliche Hilfe nach. Es ging auch in diesem Falle aus Röntgenbild und Herzbefund die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Aneurysma der Aorta hervor.

Im 3. Fall handelte es sich um eine traumatische Perikarditis, welche bei einem 26jährigen Arbeiter am 3. Tage nach seiner Einlieferung ins Krankenhaus akut einsetzte und nach ein und zwei Monaten Nachschübe zeitigte. Der Patient war von einem Gerüst gefallen und hatte sich dabei einen Beckenbruch, einen Einkeilungsbruch des rechten Schenkelhalses und einen Bruch der Wirbelsäule im Bereich des 3. und 4. Lendenwirbels, sämmtlich unkomplizirt, zugezogen, welche alle auffallend schnell heilten. Es musste angenommen werden, dass die Kontusion der Brust eine Läsion des Herzbeutels und damit die Möglichkeit für die Ansiedlung im Blut kreisender Bakterien herbeigeführt hatte. Bei seiner Entlassung aus dem Kreiskrankenhaus, etwas über drei Monate nach seiner Verletzung, war am Herzen von den patholog. Veränderungen nichts mehr zu bemerken. Seelhorst.

Zur Kasuistik der traumatischen Pneumonie.

Aus der inneren Abthlg. des städt. Luisenhospitals zu Dortmund (dir. Arzt Oberarzt Dr. Burghardt.)

Von Dr. med. Otto Schmidt, z. Zt. Ass.-Arzt am Bürgerkrankenhaus Elberfeld.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 38.)

Ein 64jähriger Zugführer glitt auf der Strasse aus und schlug mit der rechten Brustseite auf den Boden auf. Er hatte sofort so starke Schmerzen in der rechten Brusthälfte, dass es ihm unmöglich war, sich selbst zu erheben. Am Abend bekam er einen Schüttelfrost, am nächsten Tage wiederholte sich derselbe mehrfach, Fieber setzte ein und am zweiten Tage wurde P. mit ausgesprochener Pneumonie des rechten Mittellappens ins Krankenhaus eingeliefert. Die Entzündung breitete sich auch auf den rechten Oberlappen aus, P. starb am fünften Tage. Die Sektion bestätigte die Diagnose; massenhaft Pneumokokken wurden nachgewiesen, Verletzungen irgendwelcher Art fehlten. Emphysem scheint die Prädisposition, eine momentane starke Störung der Zirkulation oder eine mechanische Läsion des Parenchyms der rechten Lunge die Veranlassung der Ansiedlung von Pneumokokken aus den oberen Luftwegen gegeben zu haben. Seelhorst.

Pankreaserkrankung und Diabetes.

Von Sanitätsrath Dr. Teschemacher-Neuenahr.

(Münch. med. Wochenschr. 1902. No. 16.)

Acht Jahre nach einem Sturz vom Wagen, welcher eine heftige Erschütterung der Wirbelsäule zur Folge gehabt hatte, wurde ein 53jähriger Mann von Professor Küster wegen einer Pankreascyste operirt (Berl. klin. Wochenschr. 1887, No. 9). Der bei dieser Gelegenheit untersuchte Urin enthielt keinen Zucker, jedoch Eiweiss, der Inhalt der Cyste, mit 3 Prozent Eiweiss, hatte eine ausgesprochene Fähigkeit, Fette zu emulgiren und Amylum in Zucker zu verwandeln; die Amylaceenverdauung hatte nicht gelitten, dagegen die Fleischverdauung. Nachdem weitere acht Jahre ziemlich beschwerdelos, bis auf einen Blasenkatarrh, vergangen waren, suchte Patient mit Diabetessymptomen Neuenahr auf. Der Urin enthielt 2,9 Prozent Zucker, Spuren von Eiweiss, Blasenepithelie. Nach vierwöchiger Kur waren bei $^1/_2$ Prozent Zucker die subjektiven Symptome so weit gebessert, dass Pat. die Kur beendete. Es dürfte durch das Trauma eine Entzündung bezw. Erkrankung des Pankreas und durch deren Fortschreiten allmählich Diabetes hervorgerufen worden sein. „Jedenfalls wird man bei der Erwägung eines etwaigen Zusammenhanges zwischen einem Trauma und einem darauf folgenden Diabetes mit der Thatsache zu rechnen haben, dass es Fälle giebt, in denen derselbe durch Vermittelung des Pankreas erst nach einer Reihe von Jahren nach dem Trauma sich entwickeln kann."

Seelhorst.

Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

Von Dr. Siegmund Erdheim, em. Assistenten der Abtheilung. (Aus der II. chir. Abtheilung im K. K. Allgemeinen Krankenhause. Vorstand Prof. v. Mosetig-Moorhof.)

(Wien. med. Presse, 1902, No. 38.)

Die Ansicht Sonnenburg's und Bergmann's, gemäss der ein Zustandekommen von Appendicitis nach Trauma eine vorbestehende Erkrankung des Wurmfortsatzes zur Bedingung hat, wird durch einige instruktive Beispiele bestätigt. Den bei Gelegenheit von Operationen und Obduktionen in solchen Fällen gefundenen Kothsteinen im Wurmfortsatz ist nicht die grosse Rolle zuzusprechen, die man ihnen meist anweist, sondern sie sind nur ein Zeichen, dass der im Wurmfortsatz sich abspielende Entzündungsprozess bereits Vorläufer alten Datums hat; die Verbreitung des entzündlichen Prozesses wird durch die beim Trauma in noch ausgiebigerer Weise zu Stande kommenden Zerreissungen alter Verwachsungen auf ähnliche Weise herbeigeführt, wie sie bei nichttraumatischen Fällen, durch z. B. auf Abführmittel hin erfolgende regere Darmbewegung, bewirkt wird. Die Ansicht, dass durch geringfügige „traumatische" Anlässe, z. B. wie behauptet worden ist, durch eine überenergische Anstrengung der Bauchmuskulatur, in Folge Eintretens von Koth in den Wurmfortsatz Entzündung desselben entstehen könnte, ist als unbegründet zu betrachten und in Fällen, in denen wirklich im Anschluss an ein Trauma eine Appendicitis entsteht, stets zu berücksichtigen, dass dies auf Grund der „eigenthümlichen Leibesbeschaffenheit" des Verletzten, nämlich seines schon von früher her kranken Wurmfortsatzes geschieht. In der Anamnese solcher Fälle ist stets auf intestinale Störungen sehr genau zu fahnden. Durch Erregung von Blutungen in der Umgebung des Wurmfortsatzes und daraus entstehende bewegungshindernden Verwachsungen kann naturgemäss auch

ein Trauma die Ursache sein, dass ein Wurmfortsatz sich schwerer entleert und dadurch zu Entzündungen mehr disponirt wird als ein gesunder, ohne dass jedoch das Trauma selbst die akute Entzündung erzeugt hat. Seelhorst.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die Sitzungen der Sektion Gerichtliche Medizin auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 1902.

Von Kreisarzt Dr. E. Schäffer-Bingen.

I. Sitzungstag. 22. September 1902.

Nachdem der Einführende, Dr. Ritter von Hochberger, k. k. Oberbezirksarzt in Karlsbad, die Versammlung eröffnet, verliest er ein Entschuldigungsschreiben von Prof. Ipsen-Innsbruck, der durch Krankheit verhindert ist, seinen angekündigten Vortrag „Ueber Pankreasblutung in ihrer Beziehung zum Tode Neugeborener“ zu halten.

1. Oberarzt Dr. **Liniger**-Bonn: Bauchbrüche und Unfall.

Die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts in Fällen von Leisten- und Schenkelbrüchen ist eine geklärte und auch mit Recht bestimmte; nur etwa 8 Prozent der angemeldeten Fälle werden entschädigt.

Bei den Bauchbrüchen steht das Reichs-Versicherungsamt mit einem grossen Theil der Aerzte auf dem Standpunkt, dass diese Brüche oft durch Unfall entstehen, und meistens grosse Beschwerden machen, weshalb derartige Fälle öfter entschädigt und auch durchschnittlich mit höheren Renten bewerthet werden.

Dr. Liniger hat in den letzten 6 Jahren 6000 sonstig verletzte Arbeiter auf Brüche und Bruchanlagen, speziell auch auf Bauchbrüche untersucht und dabei in 182 Fällen typische Bauchbrüche gefunden; in allen diesen Fällen wussten die Leute nichts von der Entstehung der Brüche, und 176 Verletzte wussten überhaupt nicht, dass sie einen Bauchbruch hatten.

Von den 6 Uebrigen waren 4 Brüche so gross, dass sie den Verletzten selbst auffallen mussten; 2 waren von anderen Aerzten vorher zufällig gefunden worden. Weitere 60, hauptsächlich von Professor Witzel-Bonn, operirte Fälle waren in Bezug auf die Entstehungsart nicht aufzuklären; in 50 Fällen war ein Unfall überhaupt ausgeschlossen; in 10 Fällen wurde zwar ein Unfall behauptet, bei näherer Nachforschung stellte es sich jedoch heraus, dass die behaupteten Veranlassungsmomente nur geringfügiger Natur waren.

Bei den operirten Fällen ist niemals irgend eine Narbe oder eine sonstige Veränderung im Bruchgebiet gefunden worden, welche auf ein Trauma zurückführbar wäre.

Andere Aerzte, welche Liniger auf seine Untersuchung aufmerksam gemacht hat, fanden ebenfalls bei einer grossen Anzahl von Arbeitern Bauchbrüche, ohne dass dieselben etwas davon wussten.

In 19 Fällen ist von Witzel und Liniger der Zusammenhang mit einem Unfall anerkannt worden. In allen Fällen war, wie Liniger jetzt annimmt, die traumatische Entstehung, streng genommen, auch nicht erwiesen; es handelte sich nur um mehr oder weniger entfernte Wahrscheinlichkeiten.

In einem Drittel dieser Fälle war nach Linigers jetzigem Standpunkt Entschädigung ausgeschlossen.

Witzel, der in seiner Arbeit: „Ueber den medianen Bauchbruch“ (Volkmann's Klinische Vorträge, 1890) die Behauptung aufstellte, dass mindestens die Hälfte der Bauchbrüche durch einen Unfall bedingt seien, ist auf Grund vorstehender Untersuchungen von dieser Ansicht zurückgekommen, und hat dies wiederholt in einschlägigen Gutachten betont.

Auch Geheimrath Schede-Bonn theilt diese Ansicht von der Seltenheit der traumatischen Entstehung der Bauchbrüche.

Bis jetzt wurde angenommen, dass der typische Bauchbruch in einer grossen Anzahl von Fällen grosse Beschwerden machen und dass ein damit Behafteter nicht im Stande sei, schwere Arbeiten zu verrichten; auch diese Ansicht hält einer genaueren Nachprüfung nicht Stand.

Bauchbrüche machen sehr oft überhaupt keine Beschwerden. In den oben erwähnten 182 zufällig entdeckten Bauchbrüchen war dieses der Fall, die Erwerbsfähigkeit war in keiner Weise beeinflusst. Es handelt sich um Arbeiter aus den verschiedensten industriellen Berufszweigen. Bei den Operirten waren nur bei einem Drittel die Beschwerden so gross, dass die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt war.

Die Grösse der Beschwerden hat auch mit der Grösse des Bruches nichts zu thun, sie hängt auch nicht immer davon ab, dass ein Netzzipfel mit dem Bruchsack verwachsen ist; manche Bauchbrüche haben überhaupt keinen Bruchsack, es genügt schon die Fixation des Bauchfells an einer bestimmten Stelle durch einen präperitonealen Fettpfropf zur Verursachung der Beschwerden.

Auf Grund seines grossen Beobachtungsmaterials ist L. zu der Ansicht gekommen, dass bei der Begutachtung von Bauchbrüchen die gleiche Vorsicht hinsichtlich der unfallsweisen Entstehung nothwendig ist, wie bei den Leisten- und Schenkelbrüchen, auch hier ist sogenannte erhöhte Beweislast zu fordern. Er resümirt als Voraussetzungen:

1. genaue Klarstellung des Unfallherganges,
2. sofortiges Aussetzen der Arbeit, in Folge
3. der unmittelbar auftretenden Beschwerden,
4. sofortiges Zuziehen des Arztes.

Insbesondere sind nach L.'s Erfahrungen die spät angemeldeten Brüche nur in höchst seltenen Fällen traumatisch entstanden.

Schäffer-Bingen bemerkt, dass die grossen Unterschiede in den Beschwerden zwischen mit Bauchbrüchen behafteten versicherten und nicht versicherten Personen sich durch den bekannten Einfluss der Unfallrente auf die Bedeutung der subjektiven Klagen des Mannes für dessen Erwerbsfähigkeit erklären. Schäffer fragt den Vortragenden, ob in jenen Fällen, in welchen seitens der Verletzten starke Klagen geäussert wurden, auch objektive Erscheinungen gestörter Thätigkeit der Verdauungswege, dyspeptische Erscheinungen, Appetitmangel, Flatulenz, Rückgang der Gesammternährung konstatirt werden konnten.

Liniger hat diese Erscheinung nur in vereinzelten Fällen beobachtet; dagegen werden in der Regel die Klagen in geradezu stereotypen Redewendungen vorgebracht, so dass man zu der Annahme gedrängt wird, dass diese Klagen durch die vorausgegangenen Untersuchungen in die Leute hineinexaminirt wurden.

Geh. Rath Friedländer-Stolp theilt einschlägige Erfahrungen mit, die er bei der Untersuchung von 4000 Verletzten der Land- und Forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft machen konnte und die sich in allen wesentlichen Punkten mit dem Standpunkt Linigers decken.

Prof. Dittrich-Prag weist auf die forensische Bedeutung hin und fragt, ob nicht doch eine Reihe von Bauchbrüchen entschädigt werden müssen, insbesondere, wenn Verschlimmerung bereits vorbestandener Brüche vorliege.

Liniger giebt dies zu, allerdings nur unter ausdrücklicher Betonung des ausserordentlich milden Standpunktes des Reichs-Versicherungsamtes. (Schluss folgt.)

Der V. Verbandstag Deutscher Bahnärzte

zu München am 18. und 19. September 1902.

Bericht und Glossen von S.-R. Dr. Schwechten-Berlin.

I. Ausschusssitzung.

Am 18. September Vormittags 9 Uhr tagte der Ausschuss des Verbandes; an der Sitzung nahmen 26 Delegirte und 5 Gäste theil. Sämmtliche Vereine bis auf Stettin waren vertreten. Herr Ober-Bahnarzt Dr. Zeitlmann-München eröffnete die Sitzung mit kurzer Begrüssung und einem warm empfundenen Nachruf auf die Geheimen Sanitätsräthe Dr. Braehmer-Berlin und Dr. Wahl-Essen macht dann Mittheilung von der Wahl eines engeren Ausschusses. Zur Erledigung eiliger Angelegenheiten wird ein geschäftsführender, engerer Ausschuss gebildet, bestehend aus den beiden Vorsitzenden, den beiden Schrift- und Kassenführern, welche mit Ausnahme des 2. Vorsitzenden womöglich in Berlin wohnen sollen, sowie aus je einem Mitgliede jedes zum Verbande gehörigen Bundesstaates, soweit ein solcher nicht bereits unter den vier Erstgenannten vertreten ist. Auch der engere Ausschuss besitzt das Recht der Kooptation. Diese Fassung wird als § 7 den Statuten einverleibt.

Der Schriftführer Schwechten-Berlin erstattet den Kassenbericht, der mit einem Bestande von 165 Mk. 15 Pfg. abschliesst und erhält auf Antrag der Herren Revisoren Limper und Isermeyer Entlastung.

Es wird ferner beschlossen, nur Autoreferate der Redner und der sich an der Debatte betheiligenden Herren zum Druck zuzulassen. Herr Schwechten berichtet über ein neues Abkommen mit dem Verleger der Sachverständigen-Zeitung, wonach nicht nur, wie bisher, jedem Vereinsmitgliede desjenigen Vereins eine Nummer der Sachverständigen-Zeitung unentgeltlich zugesandt werden soll, dessen Bericht abgedruckt ist, sondern ausserdem jedem Vorstandsmitgliede sämmtlicher zum Verband gehörigen Vereine drei Exemplare unentgeltlich und portofrei zuzusenden sind, sofern die Gesammtzahl der zu übersendenden Exemplare 500 nicht übersteigt. (Dieser Passus ist, seitdem Dr. Schwechten an Stelle Brähmers in die Redaktion mit eingetreten ist, auch in dessen Kontrakt aufgenommen.)

Schwechten berichtet sodann über ein Anschreiben der Vertrags-Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen vom 3. September 1902 an die dortigen Bahnärzte, worin ihnen vorgeworfen wird, zum Theil standesunwürdige Bedingungen eingegangen zu sein. Die Vertrags-Kommission spricht darin die Hoffnung aus, dass die Herren Bahn- und Kassenärzte ihre Verträge mit der Kgl. Eisenbahn-Direktion kündigen und nur zu höheren Honorarsätzen neu abschliessen werden und erwartet mit Bestimmtheit, dass diesem ihrem Ersuchen als einem bindenden Folge gegeben werde. Nach längerer Debatte werden die schärfer gefassten Anträge Löwenthal und Schwechten theils zurückgezogen, theils abgelehnt und folgender Antrag Hager-Magdeburg mit grosser Mehrheit angenommen:

Der Ausschuss deutscher Bahnärzte hat in seiner Sitzung vom 18. September 1902 in München Kenntniss erhalten von dem Anschreiben der Vertrags-Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen an die sächsischen Bahnärzte.

Er erkennt den guten Willen der Aerztekammer der Provinz Sachsen, unsere Vertragsverhältnisse mit der Kgl. Eisenbahn-Direktion zu verbessern, an, er hält indessen das Vorgehen einzelner Aerztekammern nicht für geeignet, hier eine Aenderung zu Stande zu bringen, um so weniger, wenn dies Vorgehen, wie im vorliegenden Falle, ohne Berücksichtigung der bahn- und bahnkassenärztlichen Verhältnisse geschieht. Er erklärt ferner, dass wir Aussicht zu haben glauben, durch unsere bahnärztlichen Vertretungen unsere Honorarverhältnisse in berechtigter Weise zu verbessern.

Auf Antrag von Dr. Beck-Württemberg wird dem Ausschuss aufgegeben, ein eingehendes Referat über die Möglichlichkeit der Einführung der freien Arztwahl bei den Betriebskrankenkassen auf der nächsten Ausschusssitzung zu erstatten. Der engere Ausschuss soll unter dem Rechte der Kooptation die Frage vorbereiten.

Bei den vorgenommenen Ergänzungswahlen wird zum I. Vorsitzenden an Stelle Braehmers Schwechten-Berlin gewählt, an dessen Stelle zum Schrift- und Kassenführer Dr. Ramm-Charlottenburg. Die übrigen Mitglieder verbleiben in ihren Chargen. Für Breslau ist Dr. Neumeister, für Essen Geh. Med.-Rath Dr. Limper, für Halle a. S. Sanit.-Rath Dr. Herzfeld in den Ausschuss eingetreten.

Auf Antrag Schwechtens wird anstatt des bisherigen Beitragsmodus (10 Mark für je einen Delegirten) eine Kopfsteuer von 30 Pfg. pro Mitglied des Vereins nach dem Stande vom 2. Januar jeden Jahres erhoben werden, und dem Kassenführer die Berechtigung ertheilt, die bis 1. Oktober des Jahres nicht eingegangenen Beiträge durch Postnachnahme zu erheben. Zu § 2c der Satzungen bemerkt Schwechten, dass die Forderung: Jedes Mitglied habe nur Stimmrecht in einem Verein, doch wohl nicht auf interne Vereinsangelegenheiten, sondern nur auf Ausschussangelegenheiten sich beziehe, was allseitig als richtig anerkannt wurde.

Auf Antrag von Lent-Köln lassen sich alle Antragssteller, welche Freikarten oder Gehaltserhöhungen in irgend einer Form beantragt hatten, bestimmen, diese Anträge ohne Diskussion zurückzuziehen.

Zum Antrag Voigt-Erfurt auf genauere Fassung des § 1 der Verträge bezügl. der freien bahnärztlichen Behandlung von Familienangehörigen wird auf Vorschlag Becks-Württemberg beschlossen, Herrn Voigt-Erfurt zum Referenten in dieser Sache für den nächsten Ausschuss zu bestimmen.

Der Antrag Le Blanc-Elberfeld: Der Ausschuss wolle beschliessen, allen bahnärztlichen Vereinen Deutschlands zu empfehlen, sich der Erklärung des bahnärztlichen Vereins Elberfeld anzuschliessen: Es ist eines Arztes unwürdig, mit einem Homöopathen oder Naturarzt zu konsultiren, fällt nach eingehender Besprechung aus Opportunitätsgründen, besonders weil in einzelnen Bundesstaaten (selbstverständlich approbirte) Homöopathen als Bahnkassenärzte zugelassen sind.

Der Antrag Koziol-Kattowitz auf Aenderung der Rettungskästen wird auf die II. Allgemeine Sitzung vertagt bei Besprechung der Rettungseinrichtungen in den verschiedenen deutschen Bundesstaaten.

Der Ausschuss beschliesst noch, die Verhandlungen des V. Bahnärztetages wie früher in Nürnberg im Verlage von Ferd. Weigel im Druck erscheinen zu lassen und Herrn Hofrath Stich mit der näheren Ausführung dieses Beschlusses zu betrauen.

Vom engeren Ausschuss wird Herr Hofrath Stich-Nürnberg einstimmig wegen seiner hervorragenden Verdienste um den Verband Deutscher Bahnärzte auf Lebenszeit zum Mitgliede des engeren Ausschusses ernannt.

II.

Erste Sitzung der fünften Versammlung des Verbandes Deutscher Bahnärzte am 18. September 2 Uhr Nachm. im Bayerischen Hof zu München.

Herr Oberbahnarzt Dr. Zeitlmann begrüsst die aus 707 Bahnärzten bestehende Versammlung und die Vertreter der Regierungen von Bayern, Preussen, Württemberg, Mecklenburg und Ungarn. Er widmet Braehmer einen tiefempfundenen Nachruf. Bei Bildung des Bureaus wird Schwechten-Berlin zum I., Blume-Philippsburg-Baden zum II. Vorsitzenden der Versammlung gewählt. Zu Schriftführern Ramm-Charlottenburg und Dischinger-München. Namens der bayerischen Regierung begrüsste Herr Ministerial-Direktor von Frauendorfer-München mit warmen Worten die Versammlung und versicherte sie der grössten Sympathieen des bayerischen Ministeriums.

Ferner brachte Herr Min.-Rath von Csatáry Grüsse der ungarischen Staats-Eisenbahn-Direktion und der ungarischen Bahnärzte.

Nach den aus der Ausschusssitzung zu ersehenden geschäftlichen Mittheilungen des Vorsitzenden hält Herr Prof. Dr. **Eversbusch**-München den angekündigten Vortrag über praktische Prüfung des Farbensinns mit den beim Eisenbahnbetriebe gebräuchlichen Signallichtern. Gegenüber den bisher gebräuchlichen Methoden zur Prüfung des Farbensinnes empfiehlt der Redner einen von ihm erfundenen Apparat, den er der Versammlung demonstrirt. Der Apparat hat den Vorzug, den Untersucher von der Tagesbeleuchtung unabhängig zu machen, auch die Beleuchtungsintensität wechseln zu können, ja, nächtliche Dunkelheit und Nebel lässt sich künstlich damit herstellen. Er hat ferner den Vorzug, den Patienten von seinem Leiden unfehlbar selbst zu überzeugen.

In der Diskussion erfuhr der Apparat zwar Angriffe, doch sprachen sich alle Redner, die ihn selbst bereits erprobt haben, ausserordentlich günstig über denselben aus. Leider steht der allgemeinen Einführung der hohe Preis (ca. 50 Mk.) entgegen, doch dürfte er sich als Kontrolprobe an einzelnen Stellen als sehr zweckmässig erweisen.

Hierauf hielt Herr **Zeitlmann**-München den angekündigten Vortrag über die Erkrankungs-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsverhältnisse der bayrischen Eisenbahnbediensteten. Auf Grund 20jähriger genau geführter Statistik und unter Vorzeigung zahlreicher Tabellen erläuterte Redner seine Ansicht, dass eine derartige Statistik den Behörden höchst schätzbare Winke geben kann, über die Art der Erkrankung bei gewissen Beamtenklassen, über frühzeitige Abnutzung einzelner Beamtenklassen, über zweckmässige vorzeitige Pensionirung einzelner derselben; am raschesten steigt die Zahl der Invalidisirungen beim Zugbeförderungs-, sodann beim Zugbegleitungspersonal. Die Sterblichkeit ist am höchsten beim Bureaupersonal und zwar in Folge von Tuberkulose. Die Erkrankungen sind beim eigentlichen Bahnpersonal meist rheumatischer Natur, dann folgen Krankheiten der Verdauungsorgane und der Luftwege. Der Vorschlag, derartige statistische Aufzeichnungen auch bei andern Verwaltungen als in Bayern einzuführen, fand allseitigen Beifall.

Herr Stoich-Nürnberg legte sodann das von ihm entworfene Einheitsformular für die Untersuchung des Personals auf körperliche Tüchtigkeit zum Eisenbahndienst und die dazu gehörige Instruktion für den untersuchenden Bahnarzt vor und besprach dasselbe eingehend. Das Formular trägt den schärfsten Bestimmungen aller deutschen Bahnverwaltungen Rechnung und dürfte deshalb allgemein zur Einführung empfohlen werden, zumal es, wenn auch in bescheidener Weise, den deutschen Einheitsgedanken fördern hilft. Leider war das Formular noch nicht in allen Vereinen zur Abstimmung gelangt und konnte aus diesem Grunde nicht offiziell seine allgemeine Einführung befürwortet werden.

Schliesslich sprach Herr Dr. **Raab**-Nürnberg über den Alkoholmissbrauch beim niederen Eisenbahn-Personal und dessen Verhütung. R. wies nach, dass die starken Trinker unter dem niederen Eisenbahn-Personal ausserordentlich oft erkranken und dadurch dem Staate erhöhte Unkosten erwachsen. Ein Trinker braucht nicht immer ein objektiv grosses Quantum Spirituosen zu sich zu nehmen, sondern nur mehr als er vertragen kann, um ein Trinker im medizinischen Sinne zu sein, dies können unter Umständen geringe Mengen sein. Auch Bier ist nicht so unschädlich wie häufig behauptet wird. Aufgabe des Staates sei es, warme und kalte alkoholfreie Getränke auf jeder Station zu billigen Preisen an das Personal abzugeben. Vor Allem wünscht R. für das Dienstpersonal eigene Erquickungsräume unabhängig von den, dem reisenden Publikum zugängigen ohne Trinkzwang; jedoch warnt Redner davor, vollkommen abstinentes Personal erziehen zu wollen, ideal sei allerdings gänzliche Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken während des Dienstes. Bedenklich erscheint die vom R. an die Bahnärzte gestellte Forderung, die Namen der ihnen bekannten Trinker den Behörden zu übermitteln. Dieser Vorschlag fand auch entschiedene Opposition.

III. In der 2. ordentlichen Sitzung am 19. September, Vormittags auf dem Bahnhofe sprach sich in der Diskussion hierzu Dr. Benario-Frankfurt a. M. ähnlich wie Ref. dahin aus, dass es höchste Zeit sei, der Trunksucht des Eisenbahn-Personals ein Ziel zu setzen, dem Alkoholgenuss des Personals seitens der Behörden eingehende Beachtung zu schenken und den erkannten Missständen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln entgegenzutreten.

In derselben Sitzung wurden die Referate erstattet über die Rettungseinrichtungen in den verschiedenen Bundesstaaten. Es sprachen für Preussen: S.-R. Dr. Schwechten, für Bayern: Hofrath Dr. Beetz, für Sachsen: Dr. Gilbert, für Württemberg: Dr. Beck, für Baden: Dr. Blume.

Allen Staaten gemeinsam sind die Rettungskästen, grosse für die Stationen, kleine für die Züge, und Tragbahren für die Verunglückten. Besondere Rettungs (Arzt-) Wagen besitzen nur Bayern seit längerer Zeit, neuerdings Preussen; beide werden von den Referenten eingehend besprochen. Sachsen und Baden stehen im Begriff, sie einzuführen. Aerzte und Personal werden in Preussen und Bayern dafür ausgebildet. Auf die schnelle Alarmirung ist in Bayern und Preussen besonders Gewicht gelegt. Zweifellos leistet gerade auf diesem Gebiete Bayern seit Langem Mustergiltiges; die Ausbildung von Samaritern, die Plakate mit Nachrichten über den nächsten Bahnarzt, den nächsten Rettungswagen, die nächste Tragbahre und den nächsten Rettungskasten sind über alles Lob erhaben. Im Anschluss hieran wurden der preussische und bayerische Rettungswagen besichtigt, beide bieten Vortheile, mit kleinen Aenderungen werden beide vorläufig unerreicht dastehen und bei Eisenbahnunfällen sich ähnlich wie gut organisirte Feuerwehren stets bewähren. Der bayerische Wagen gewährt 10, der preussische 8 Verletzten Ruhelager; der preussische verfügt über ein besonderes Arztabtheil, das dem bayerischen fehlt, doch hat dieser wieder andere Vorzüge. Auch das Rettungszimmer auf dem Zentralbahnhofe wurde besichtigt und fand allgemeinen Beifall.

Herr **Hellmann**-Siegen zeigte eine Formalinlampe aus durchbrochenem Blech zur Desinfektion von Eisenbahnwagen, besonders geeignet für die schwer zu reinigende

II. Bahnklasse. Der Apparat ist handlich, bequem anzuwenden und bietet zweifellos grosse Vorzüge, die bisherigen Versuche scheinen seine Desinfektionskraft zu bestätigen.

Ein Reihe von Umständen hat den Münchener Verbandstag zu dem glänzensten der bisher abgehaltenen gemacht; die Liberalität sämmtlicher deutschen Bahnverwaltungen, die Wahl von München brachten den Besuch auf eine bisher ungeahnte Höhe; trotz dieser überraschend grossen Zahl (707 Theilnehmer) arbeitete das vorzüglich organisirte Münchener Lokalkomitee tadellos; erschwerend für diese Arbeit war, dass die grosse Zahl der Theilnehmer erst in den letzten Stunden bekannt wurde und geradezu lawinenartig über München hereinbrach; aber nur beim ersten Ansturm am Begrüssungsabend drohte kurze Zeit der Apparat zu versagen, nie liess bayerische Arbeitskraft und bayerische Liebenswürdigkeit etwas zu wünschen übrig. Auch auf den Festen machte sich diese allgemein geltend, sowohl am Begrüssungsabend, der die Leistungsfähigkeit der Münchener Herren auf das Höchste anspannte, auf dem Festdiner, an dem ca. 600 Festgäste theilnahmen. Geradezu imposant wirkte der musikalische Frühschoppen im oberen Saale des Hofbräuhauses, und in unvergesslicher Erinnerung wird der Ausflug über die bayerische Grenze hinaus nach Kufstein allen 570 Theilnehmern bleiben, zu dem die bayerische Generaldirektion in grösster Liebenswürdigkeit zwei Sonderzüge unentgeltlich zur Verfügung stellte. Im herrlichsten Sonnenschein prangte das wilde Kaisergebirge und die Abendbeleuchtung des Todtenkirchls und des Predigerstuhls konnte sich getrost jedem Herbstabend in den Dolomiten, jenseits des Brenners, an die Seite stellen. Ein Theil der Festtheilnehmer war nach dem Festmahle, bei dem der Bürgermeister, Herr Dr. jur. Praxmarer, selbst die Gäste begrüsste, nach Hinterbärenbad, der grössere zum Hechtsee, Edschlösschen und zur Klause aufgebrochen.

Es wird schwer halten, in Zukunft einen Ort zu finden, an dem alle Faktoren, so wie in München, gleichzeitig zusammenwirken, um ein so glänzendes Bild zu erzeugen; wo Alle, die exakter Arbeit und frohem Genuss huldigen wollten, in gleicher Weise ihre volle Befriedigung fanden und wo nicht ein Misston die Harmonie zwischen Nord und Süd trübte.

Bericht über die 66. ordentliche Sitzung des Berliner bahnärztlichen Vereins.

Freitag, den 28. August 1902, Abends 8 Uhr, im Spatenbräu, Friedrichstrasse 172.

Vorsitzender: Herr Schwechten.

Schriftführer: Herr Ramm.

Anwesend 21 Herren.

Als Gast: Herr Regierungsassessor Bötticher.

Vor Eintritt in die Tagesordnung hält Herr Schwechten folgenden Nachruf dem verstorbenen langjährigen ersten Vorsitzenden und Ehrenmitgliede des Vereins, Geh. Sanitätsrath Dr. Braehmer.

Meine Herren!

Seitens des Vereins ist Ihnen bereits die überaus traurige Mittheilung zugegangen, dass unser Verein den schwersten Verlust erlitten hat, der ihn je treffen konnte.

Am 3. August ist unser erster Vorsitzender und Ehrenmitglied Geh. Rath Dr. Braehmer sanft und ohne Kampf im 64. Lebensjahre einem Herzleiden erlegen, an dem er, wie einigen Eingeweihten bekannt war, seit ca. dreiviertel Jahren litt und das ihn, der nie eine Sitzung versäumt hat, auch zwang, unseren letzten Sitzungen fern zu bleiben. Aber Keiner ahnte wohl, dass diese knorrige Eiche so bald gefällt werden würde.

Meine Herren, es ist unnöthig, ein Wort darüber zu verlieren, was wir Alles Braehmer verdanken; was er uns gewesen, das steht unauslöschlich mit eherner Schrift in unser Aller Herzen geschrieben.

Früh schon wurde Braehmers ärztliche Thätigkeit, die er 1864 in Berlin begann, durch die Feldzüge 1866 und 70—71 unterbrochen. In Letzterem erwarb er sich das eiserne Kreuz und avancirte allmählich in der Landwehr bis zum höchsten erreichbaren Range, dem eines Oberstabsarztes. Den ärztlichen Standesinteressen wandte Braehmer schon früh seine Aufmerksamkeit und Arbeit zu; er war lange Jahre Vorsitzender des Friedrich-Wilhelmstädtischen Vereins, oft Delegirter zu den Aerztetagen und Mitglied der Aerztekammer. Aber, meine Herren, sein Lieblingskind war doch unser Verein, an dessen Gründung er sich am 9. Januar 1885 betheiligte, dessen Vorsitzender er von Anfang an war und bis zu seinem Tode geblieben ist, auch nachdem er 1899 zu unserem Ehrenmitgliede ernannt wurde. Aber er steckte seine Grenzen weiter. Ueber Berlin und dessen Direktion hinaus sollte sein Einfluss sich bemerkbar machen; allmählich haben sämmtliche Preussischen Direktionen ihren bahnärztlichen Verein. Gerade bei seinem Tode hat sich als letzter noch Hannover konstituirt. Jedem Einzelnen hat er mit Rath und That bei seiner Gründung beigestanden. Die unter eigener Bahnverwaltung stehenden übrigen Deutschen Bundesstaaten mit ihren Bahnarztvereinen schlossen sich bald an, nur Sachsen fehlt noch; aber auch hiermit hatte Braehmer bereits Fühlung genommen und ebenso mit Oesterreich und Belgien.

Sein Werk war der Verband Deutscher Bahnärzte, der in seinem engeren und weiteren Ausschuss enge Fühlung mit einander hat auf Grundlage der Allen gemeinsamen Eisenbahnhygiene, die Braehmer geschaffen und in seinem bahnbrechenden Werk zusammengefasst hat.

Sein Idealismus und seine vornehme Denkungsweise haben ihn zwar manche Täuschung erleben lassen, ihm aber auch die Achtung Aller erworben, mit denen er dienstlich und kollegial zu arbeiten hatte. Eine grosse Freude war für ihn kurz vor seinem Tode seine Ernennung zum Vertrauensarzte der hiesigen Königlichen Eisenbahn-Direktion und des Königlichen Ministeriums der öffentlichen Arbeiten.

Er hat die Stelle nicht mehr antreten können, nach der er sich gesehnt; die zitternde Hand konnte den Kontrakt nicht mehr unterschreiben, der dem Sterbenden zuging.

Als Mensch war Braehmer zuweilen scheinbar schroff, aber nur, wenn es galt, das zu vertheidigen, was er für gut und recht erkannt hatte. Fern war ihm jede Effekthascherei. Sein hervorragender Charakterzug war die Treue; ich glaube, wir können sein Andenken nicht besser ehren, als wenn auch wir ihm Treue geloben über das Grab hinaus, Treue seinen Ideen und seinen Idealen. Und des zum Zeichen und ihm zu Ehren bitte ich Sie, sich von ihren Plätzen zu erheben. (Geschieht.)

Es wird beschlossen, eine Gedächtnissfeier für Braehmer am 30. November d. J. im Anhalter Bahnhof abzuhalten.

1. Geschäftliches:

Dr. Wagner, Berlin W., Hohenzollernstr. 36, ist als Mitglied aufgenommen.

Professor Zabludowski, Luisenstr. 3 (8—11 Vormittags), erbietet sich zu unentgeltlicher Massage etc. für das niedere Eisenbahnpersonal.

Der Vorsitzende theilt mit, dass der neue Arztwagen nach München zum Allgemeinen Deutschen Bahnarzttage geschickt wird und dass allen preussichen Bahnärzten auf ihren Antrag freie Fahrt dorthin vom Herrn Minister bewilligt worden ist. (Die Einladungskarten werden vertheilt.)

Herr Witte wird zur Charakterisirung als Geheimrath beglückwünscht.

2. Aenderung der Beiträge für den Verband Deutscher Bahnärzte.

a) Auf Herrn Schwechtens ausführlichen Bericht wird beschlossen, pro Kopf der Mitglieder der einzelnen Vereine bis 30 Pf. Beitrag zu erheben. Mitgliedfeststellung jedesmal am 2. Januar jeden Jahres.

b) Auf eine Anfrage der Königl. Eisenbahn Direktion Berlin betr. Einführung einer Salbe von Jacobsohn und über einige Aenderungen in der Ausstattung der grossen Rettungskästen wird beschlossen, hiervon zunächst grundsätzlich abzurathen, jedoch erscheint es erwünscht, dass für den neuen Arztwagen ein Sterilisirapparat angeschafft wird.

c) Ein ferneres Anschreiben der Königl. Eisenbahn-Direktion betr. Auswahl bestimmter Kurorte zur Erholung für die niederen Eisenbahnbediensteten zwecks Vergünstigungen wird der Wichtigkeit dieser Angelegenheit wegen dem Vorstande zur Berathung und Beantwortung überwiesen. (Die Antwort ist inzwischen in einer Vorstandssitzung am 5. September 1902 festgelegt und abgesandt worden.)

3. Ergänzungswahlen.

Hierbei wird zunächst ein Beschluss gefasst, dahinlautend, dass alle Anwesenden ordentliche Mitglieder des Vereins, auch wenn sie ausserdem noch einem anderen bahnärztlichen Verein angehören, jedesmal für innere Angelegenheiten des Vereins stimmberechtigt sind.

Auf Vorschlag des Herrn Staecker wird Herr Schwechten durch Akklamation einstimmig zum ersten Vorsitzenden gewählt.

Zum zweiten Vorsitzenden wird Herr Jung, zum Beisitzer Herr Schubert gewählt.

Zum zweiten Delegirten des Ausschusses wird Herr Ramm durch Akklamation gewählt. Alle Herren nehmen dankend die Wahl an.

Schluss der Sitzung $10^1/_2$. Dr. Ramm, Schriftführer.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.

Sitzung vom 9. Juni 1902.

(Schluss aus No. 19.)

3. Herr **Oppenheim** stellt eine 37jährige Frau mit Tabes dorsalis vor, bei welcher die Krankheit in ungewöhnlicher Weise in früher Jugend begonnen hatte und einen stationären oder gar regressiven Verlauf genommen hatte. Schon 1884 hat O. die Patientin in der Kgl. Charité behandelt; schon damals fiel ihm und Westphal das Fehlen der Kniereflexe auf, ausser lancinirenden Schmerzen, Schwanken bei Augenschluss, Gefühlsstörungen und subjektiven Beschwerden. Die Kranke hat sich seitdem verheirathet, fünf gesunde Kinder bekommen und nur einmal abortirt. Die Schmerzen haben sich gemildert, ein neues Symptom ist nicht hinzugekommen. An dem Vorkommen der Tabes im jugendlichen Alter sei nicht mehr zu zweifeln. Heute sähe man auffallend viel Fälle von Tabes dorsalis, mit sehr langsam fortschreitender oder lange stationär bleibender Erkrankung. Die Nervenkrankheiten erführen eben mit den Generationen Wandlungen, wie es auch besonders bei der Dementia paralytica bemerkt wäre.

Herr Bernhardt hat gutartige Fälle von Tabes ohne progressiven Verlauf gleichfalls gesehen und führt dies auf die frühere Erkennung der Krankheit und die Verhütungsmassregeln gegen das Fortschreiten derselben zurück.

Herr Remak erkundigt sich nach längeren Beobachtungen über den Verlauf der jugendlichen Tabes und spricht über Lues und Heredität in ätiologischer Hinsicht. An der weiteren Diskussion betheiligen sich die Herren Kalischer, Rotmann, Brasch, Bloch, Jolly und Oppenheim. Herr Jolly bemerkte, dass das Stehenbleiben der Tabes auch bei später entstandenen Fällen vorkommt und dass man früher die Anfangsstadien nicht zu erkennen vermochte, weil das Fehlen der Patellarreflexe und die Pupillenstarre noch nicht bekannt waren. Daher wäre man nicht berechtigt, schon jetzt von einer Veränderung des Krankheitstypus zu sprechen. Herr Oppenheim betont demgegenüber, dass seine Auffassung von dem Wandel des Krankheitstypus sich zwar zur Zeit nicht beweisen lasse, dass sie aber seinem Eindruck entspräche. M. E.

Tagesgeschichte.

Statistisches zur Invalidenversicherung.

Die Landes-Versicherungsanstalt Berlin veröffentlicht soeben ihren Jahresbericht für das Jahr 1901. Der stattliche Band enthält so vieles für jeden Arzt und besonders für die ärztlichen Sachverständigen Bemerkenswerthe, dass es sich wohl verlohnen würde, auf dieses umfangreiche Material öfter zurückzukommen. Für heute wollen wir ihm nur einige statistische Daten entnehmen.

Die Anstalt hatte im Jahre 1901 im Ganzen 4811 Invaliden- bezw. Krankenrenten-Ansprüche zu erledigen. Die Zahl wächst von Jahr zu Jahr und in etwa gleichem Masse die der thatsächlich zugesprochenen Renten. Dass ein Rentenbewerber abgelehnt wird, kommt verhältnissmässig selten vor, im Berichtsjahr wurde dieses Schicksal nur 275 zu theil.

Im Verhältniss zur Zahl der Renten in früheren Jahren wächst in Berlin die Rentenzahl alljährlich stärker als im übrigen Deutschland. Diesmal war eine Zunahme um 16 Prozent zu verzeichnen. Die Gründe davon sind mannigfach. Obenan steht die Einführung der Renten für vorübergehende Invalidität, der sogenannten Krankenrenten, deren im Vorjahr nicht weniger als 469 gewährt wurden. Dazu kommt, dass ein Theil dieser Krankenrentner noch im selben Jahre endgiltige Invalidenrente bekamen, also in der Statistik doppelt zählt. Voraussichtlich wird in den nächsten Jahren die Steigerung der Rentenbewilligungen fortdauern, schon weil die durch das neue Invalidengesetz von 1900 eingeführten Institutionen, die Verkürzung der Wartezeit, die Krankenrenten, die Erleichterung der Antragstellung von immer weiteren Bevölkerungskreisen benutzt werden dürften. Vorläufig hat Berlin trotz der grossen Zunahme der Rentenzahl im Vergleich zu der gesammten versicherungspflichtigen Bevölkerung noch wenig Invaliden. Im ganzen Reiche kommen auf 12 Millionen Versicherte 136 826 = 1,14 Prozent, in Berlin auf 460 000 Versicherte nur 3937 = 0,86 Rentenertheilungen.

Die Ursachen der Invalidität vertheilen sich im Berichtsjahr so, dass als Hauptursachen auf je 1000 Invalidisirungen genannt werden: Lungenschwindsucht 281 Männer, 146 Frauen, Krankheiten der Athmungsorgane im Ganzen 382 (216). Dann folgen bei den Männern Nervenkrankheiten 150, Krankheiten der Haut, der Knochen und Muskeln 140, Krankheiten der Entwicklung und Ernährung 116, des Gefässsystems 104, des Verdauungsapparats 31, Augenkrankheiten 28, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 21, Chronische Blei- und Alkoholvergiftung 20, Ohrenleiden 5, Syphilis 3 pro mille. Bei den Frauen verschiebt sich das Verhältniss. Hier treten nach der Tuberkulose in den Vordergrund die Entwicklungs- und Ernährungsstörungen (darunter Altersschwäche) mit 215 Fällen, auch die Haut, Knochen- und Muskelkrankheiten sind häufiger: 172, ebenso die Augenleiden: 42, und die Gefässkrankheiten: 135 pro mille. Etwas seltener sind dagegen die Nervenkrankheiten: 134 pro mille, Blei- und Alkoholvergiftungen fehlen ganz.

Zieht man zum näheren Verständniss dieser Zahlen noch die Vertheilung auf Altersgruppen heran, so ergeben sich einige recht wichtige Thatsachen: Von 100 männlichen Invaliden sind beim Eintritt in den Rentenbezug etwa 47, von 100 weiblichen nur etwa 38 unter 50 Jahre alt. Die Männer macht noch mehr als die Frauen in jungen Jahren die Tuberkulose und wohl auch der Alkohol erwerbsunfähig, die Frauen erkranken nachher häufiger an chronischem Gelenkrheumatismus, Krampfadern und dergleichen oder sie bringen es bis zur Altersschwäche. Sehr interessant ist das Verhältniss der Nervenleiden zwischen Männern und Frauen. Die stärkere Neigung der Frauen zu Hysterie und ähnlichen Krankheiten wird offenbar überkompensirt durch den Einfluss des Alkohols und wohl auch der Syphilis beim männlichen Geschlecht.

Der Einfluss der Berufe auf die Entstehung der Invalidität ist sehr deutlich ausgeprägt. Von 100 invaliden Metall- und Holzarbeitern waren 41 tuberkulös, von 100 Kutschern und ähnlichen „Verkehrsarbeitern" nur 26,7; dagegen überwogen bei diesen die Knochen- und Gelenkkrankheiten (Gicht, Rheumatismus). Dass die Dienstboten am ehesten vor der Invalidisirung ein hohes Alter erreichen, zeigt das Ueberwiegen von Gefässkrankheiten und Altersschwäche bei ihnen im Vergleich zu allen anderen Berufen. Von Nervenkrankheiten werden die männlichen Dienstboten relativ häufig, die weiblichen seltener befallen — deutlicher kann der Einfluss des Alkohols kaum hervortreten —, nirgends spielen aber die Nervenkrankheiten eine so hohe Rolle wie bei den Näherinnen, wo sie an Häufigkeit gleich hinter der Schwindsucht kommen.

Unterstützung der Krankenkassenmitglieder im Unfallverfahren.

Als am 12. August hier die Vorstände der Berliner Krankenkassen tagten, wurde auch über die Massnahmen verhandelt, die zu ergreifen seien, um den Krankenkassenmitgliedern die im Unfallverfahren erforderlichen Gutachten zu verschaffen. Es war hauptsächlich davon die Rede, dass es den Kassenmitgliedern erleichtert werden müsse, die als Unterlage eines Anspruchs auf Neuaufnahme des Rentenverfahrens (§ 88 G. U. V. G.) nothwendigen Atteste beizubringen. Man müsse zur Erstattung dieser Gutachten eine Aerztekommission einsetzen.

Damals fiel es auf, dass diese Anregung gerade in Berlin für nöthig erachtet wurde, wo doch durch den Verein für Unfallverletzte eine derartige Kommission jedem Verletzten zur Verfügung steht. Es ist nicht einzusehen, wozu diese Zersplitterung der Hilfsbestrebungen dienen soll.

Nunmehr hat die am 8. Oktober abgehaltene IX. Jahresversammlung des Zentralverbandes deutscher Ortskrankenkassen einen Antrag angenommen, der nach den Blättermeldungen folgenden Wortlaut hat: „Der Kongress empfiehlt, wo es angängig ist, die Bildung von Aerztekommissionen zur Unterstützung der Krankenkassenmitglieder im Unfallverfahren."

Damit ist ein noch erheblich weiter gehendes Eingreifen der Kassen in das Unfallrentenverfahren ausgedrückt als in dem ersten Berliner Antrag. Um so unabweislicher wird eine Frage, die, soweit die kurzen Versammlungsberichte schliessen lassen, bisher gar nicht erörtert worden ist: Gehört dieses Eingreifen zur Kompetenz der Krankenkassen? Giebt das Gesetz die Befugniss dazu? Wir haben vergeblich nach einem rechtlichen Anhaltspunkt dafür gesucht!

§ 21 des Krankenversicherungsgesetzes begrenzt den Umfang, in welchem eine Erhöhung und Erweiterung der Kassenleistungen über den gesetzlichen Mindestumfang zulässig ist. Da ist von Erhöhung des Krankengeldes, Verlängerung der Unterstützungsdauer, Gewährung besonderer Heilmittel, Fürsorge für Rekonvaleszenten, Sterbegeld etc. die Rede — aber von keiner Unterstützung im Unfallverfahren. Ausdrücklich wird festgesetzt, dass auf weitere Unterstützungen als die genau beschriebenen die Leistungen der Kassen nicht ausgedehnt werden dürfen.

Es bleibt also recht fraglich, ob der Beschluss der Kassen einer Verwirklichung unter der Herrschaft des geltenden Rechts fähig ist. Allenfalls würde unseres Erachtens ein Eingreifen der Kassen dann stattfinden können, wenn der Kasse selbst im Unfallverfahren, z. B. durch Ablehnung von Rentenansprüchen bei wirklich vorhandener Arbeitsunfähigkeit, materielle Verluste drohen. Zur Abwendung solcher beizutragen, dürfte ihr gesetzlich wohl freistehen. Das ist freilich etwas ganz Anderes, als der Wortlaut des oben wiedergegebenen Beschlusses besagt.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

wird ihre konstituirende Versammlung am Sonntag, den 19. Oktober, Vormittags um $11^1/_2$ Uhr präc. im Bürgersaal des Berliner Rathhauses abhalten. Es werden zunächst Dr. Blaschko über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, Prof. Lesser über die Gefahren, Geheimrath Kirchner über die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten sprechen; Geheimrath Neisser wird darauf die Ziele und den Arbeitsplan der Gesellschaft darlegen. Nach erfolgter Konstituirung der Gesellschaft soll dann in erster Linie das Thema: „Krankenkassen und Geschlechtskrankheiten" zur Diskussion gestellt werden. Das einleitende Referat hierüber hat Herr Dir. Uhlmann, Vorsitzender des Verbandes der deutschen Ortskrankenkassen übernommen. Die Versammlung ist öffentlich, der Zutritt Jedermann auch ohne Einladungskarte gestattet.

Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Wie die Allg. Med. Zentralzeitung mittheilt, hat der Regierungs-Präsident von Breslau unter dem 23. September eine Polizeiverordnung, betreffend die Ankündigung von Heilmethoden und Heilmitteln erlassen. Dieselbe lautet:

Auf Grund der §§ 137 und 139 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 und der §§ 6, 12 und 15 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 wird mit Zustimmung des Bezirksausschusses für den Regierungsbezirk Breslau Folgendes verordnet:

§ 3. Oeffentliche Anzeigen von nicht approbirten Personen, welche die Heilkunde gewerbsmässig ausüben, sind verboten, sofern sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge dieser Personen zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten.

§ 4. Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, ist verboten, wenn

1. den Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irregeführt oder belästigt wird, oder wenn
2. die Gegenstände, Vorrichtungen, Methoden oder Mittel ihrer Beschaffenheit nach geeignet sind, Gesundheitsschädigungen hervorzurufen.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen die vorstehenden Vorschriften werden, soweit in den bestehenden Gesetzen nicht eine höhere Strafe vorgesehen ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mk. oder mit entsprechender Haft bestraft.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902. № 21. Ausgegeben am 1. November.

Inhalt:

Die Mitwirkung der Innungen, Handwerkskammern und sonstigen Berufsverbände auf dem Gebiet der öffentlichen und sozialen Hygiene.

Von
E. Roth-Potsdam.
Geh. Med.-Rath.

Wie auf dem Gebiet der Sozialpolitik im Allgemeinen, ist es auch auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege eine Täuschung schlimmster Art, wollte man alles Heil von der Gesetzgebung erwarten. Auch die besten Gesetze und Verordnungen bleiben bis zu einem gewissen Grade machtlos, wenn sie nicht von dem Willen und dem Verständniss Derer getragen werden, für die sie bestimmt sind. Wenn dies schon von der öffentlichen Gesundheitspflege im Allgemeinen gilt, so in ganz besonderem Masse von der sozialen Hygiene, ihrer Anwendung auf einzelne Volkskreise und Berufsarten, wie von der häuslichen und privaten Gesundheitspflege. Deshalb ist die Heranziehung derjenigen Volkskreise, welchen die Veranstaltungen nützen sollen, und die das Vertrauen ihrer Berufsgenossen besitzen und es dadurch in weitere Kreise tragen, zur Erzielung dauernder und sicherer Erfolge unentbehrlich. Gesundheitliche Erziehung und gesundheitliche Gesetzgebung müssen Hand in Hand gehen und sich gegenseitig ergänzen.

Dass hier noch ausserordentlich viel zu thun bleibt, wird Niemand leugnen, der den Fragen der sozialen Hygiene in Praxis oder Verwaltung näher zu treten Gelegenheit hat. Deshalb erschien es mir schon vor Jahren besonders erstrebenswerth, die umfassenden Organisationen der Innungen und Innungsverbände wie der Handwerkskammern und Genossenschaftsverbände, die bisher für Zwecke der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege fast gänzlich unbenutzt geblieben waren, für diese Zwecke heranzuziehen. Als daher vor mehr als Jahresfrist der Erlass einer Polizeiverordnung über den Betrieb der Barbier-, Frisier- und Haarschneidestuben wie in anderen Bezirken auch im Potsdamer Bezirk zur Erwägung stand, wurde von dem Erlass einer Polizeiverordnung vorläufig abgesehen und dahin Anordnung getroffen, dass die im gesundheitlichen Interesse erforderlichen Massnahmen zur öffentlichen Kenntniss gebracht und in allen Geschäftsräumen ausgehängt wurden, während die Ueberwachung der Befolgung dieser Betriebsvorschriften neben den Polizeiorganen überwiegend den Innungen und deren Beauftragten überlassen blieb, ein Vorgehen, dass sich nach den inzwischen gemachten Erfahrungen im Allgemeinen bewährt hat. Aus dem gleichen Grunde sprach ich mich in meinem auf der diesjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in München gehaltenen Vortrag

„Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Hinsicht und die Sanirung des Landes" dahin aus, dass bei der Ueberwachung des Milchverkehrs eine Mitwirkung der Molkereigenossenschaften und Verbände nicht zu entbehren sei, und dass die wichtigsten, bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes des Milchviehs, beim Melken, beim Aufbewahren der Milch wie beim Reinigen der Milchgefässe zu beobachtenden Vorschriften durch Vertrag oder Aufnahme in das Genossenschaftsstatut den Lieferanten zur Pflicht zu machen seien, unter Kontrole der Molkereiverbände, die ebenso wie die Händler an einem sauberen und gesundheitsgemässen Milchbetrieb und an der Aufnahme entsprechender hygienischer Vorschriften in das Statut, namentlich auch einer Bestimmung über den Milchschmutzgehalt, und deren Ueberwachung das grösste Interesse haben. Dass dem so ist, wird dadurch bestätigt, dass schon jetzt die Genossenschaftsstatuten die allgemein gehaltene Bestimmung enthalten, dass die Milch „gut gekühlt, unverfälscht und gut gesiebt" geliefert werden muss, und dass die Molkereiverbände die Verbesserung der Verkaufsmilch hauptsächlich in Bezug auf Reinheit und Haltbarkeit, Verbesserung und Vereinfachung des Milchtransports, Beschaffung zweckmässiger Geräthe und Einrichtungen für Reinigung, Auslüftung und Kühlung der Milch in ihr Programm aufgenommen haben (Jahresbericht des Allg. Verbandes der deutschen landwirthschaftlichen Genossenschaften, 1900—1901). Ich erwähne ferner, dass die Durchführung und Kontrole der Bekanntmachungen des Bundesraths zum Schutz der Arbeiter in den verschiedenen gewerblichen Betrieben erheblich erleichtert wenn nicht vielfach erst ermöglicht wird durch die Mitwirkung der Unternehmer und Unternehmerverbände. Deshalb kann es nur mit Freuden begrüsst werden, wenn die Organisationen und Verbände immer mehr es sich angelegen sein lassen, die Arbeiter selbst zur Kontrole und Durchführung der Bestimmungen anzuhalten, wie dies neuerdings von dem Verband der Steinarbeiter hinsichtlich der Durchführung der Bundesrathsbekanntmachung vom 20. März 1902 geschehen ist, der zu diesem Zweck ein Flugblatt verbreiten lässt, das die Steinarbeiter über den Inhalt der betreffenden Bekanntmachung aufklärt und zur Mitkontrole heranzieht.

Dass die Innungen und Handwerkskammern zu einer Mitwirkung bei der Durchführung gesundheitlicher Massnahmen befugt sind, unterliegt nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen keinem Zweifel. Bezüglich der Innungen und Handwerkskammern bestimmt die Gewerbeordnung in der Fassung des Gesetzes vom 26. Juli 1897 (R. G. Bl. S. 663) im Titel VI im Wesentlichen Folgendes:

§ 81 bestimmt, dass Diejenigen, die ein Gewerbe selbstständig betreiben, zur Förderung der gemeinsamen gewerblichen Interessen zu einer Innung zusammentreten können.

Als Aufgabe der Innungen bezeichnet der § 81 a:

1. Pflege des Gemeingeistes sowie Aufrechterhaltung und Stärkung der Standesehre unter den Innungsmitgliedern. 2. Förderung eines gedeihlichen Verhältnisses zwischen Meister und Gesellen (Gehilfen), sowie Fürsorge für das Herbergswesen und den Arbeitsnachweis. 3. Nähere Regelung des Lehrlingswesens und Fürsorge für die technische, gewerbliche und sittliche Ausbildung der Lehrlinge, vorbehaltlich der Bestimmungen der §§ 103e, 126 bis 132a. 4. Entscheidung von Streitigkeiten der im § 3 des Gewerbegerichtsgesetzes vom 29. Juli 1890 und im § 53a des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Art zwischen Innungsmitgliedern und ihren Lehrlingen.

Nach § 81 b sind die Innungen ausserdem befugt, ihre Wirksamkeit auch auf andere den Innungsmitgliedern gemeinsame gewerblichen Interessen als die im § 81 a bezeichneten auszudehnen. Als solche werden aufgeführt:

1. Veranstaltungen zur Förderung der gewerblichen, technischen und sittlichen Ausbildung der Meister, Gesellen und Lehrlinge zu treffen, insbesondere Schulen zu unterstützen, zu errichten und zu leiten. 2. Gesellen- und Meisterprüfungen zu veranstalten und über die Prüfungen Zeugnisse auszustellen. 3. Zur Unterstützung ihrer Mitglieder und deren Angehörigen, ihrer Gesellen (Gehilfen), Lehrlinge und Arbeiter im Falle der Krankheit, des Todes, der Arbeitsunfähigkeit oder sonstiger Bedürftigkeit Kassen zu errichten und 4. Schiedsgerichte zu errichten.

Der § 83 bestimmt, dass die Aufgaben der Innungen, die Einrichtung ihrer Verwaltung und die Rechtsverhältnisse ihrer Mitglieder durch Statut zu regeln sind. Das Statut muss Bestimmungen treffen u. A. über die Aufgaben der Innungen sowie die dauernden Einrichtungen zur Erfüllung dieser Aufgaben, über die Rechte und Pflichten der Mitglieder, über die Ueberwachung der Beobachtung der für die Beschäftigung der Gesellen (Gehilfen), Lehrlinge, Arbeiter . . . . . erlassenen Bestimmungen.

Wenn nun auch in den §§ 81 a und b unter den besonderen Aufgaben der Innungen die gesundheitsgemässe Gestaltung der Handwerksbetriebe als solche nicht genannt ist, unterliegt es doch keinem Zweifel, dass sie hierzu befugt sind. Abgesehen davon, dass ein Theil der hierher gehörigen Veranstaltungen gleichzeitig auch die sittliche Ausbildung der Gesellen und Lehrlinge zu fördern geeignet ist, dass sie zu den den Innungsmitgliedern gemeinsamen Interessen gehören, und dass das Recht der Errichtung von Krankenkassen auch die weitere Befugniss in sich schliesst, gesundheitliche Gefahren von den Betrieben nach Möglichkeit fern zu halten, ist im § 94c eine Ueberwachung nach der gesundheitlichen Seite direkt vorgesehen. Gemäss § 94c sind die Innungen befugt, die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften in den zur Innung gehörigen Betrieben zu überwachen und von der Einrichtung der Betriebsräume und der für die Unterkunft der Lehrlinge bestimmten Räume Kenntniss zu nehmen. Die Verpflichteten haben den als solchen legitimirten Beauftragten der betheiligten Innungen auf Erfordern während der Betriebszeit Auskunft über alle Umstände zu geben, welche für die Erfüllung ihres Betriebes von Bedeutung sind; sie können hierzu auf Antrag der Beauftragten von der Ortspolizeibehörde angehalten werden. Andererseits sind die Beauftragten verpflichtet, den Gewerbeaufsichtsbeamten über ihre Ueberwachungsthätigkeit und deren Ergebnisse Mittheilung zu machen. Auf Räume, welche Bestandtheile landwirthschaftlicher oder fabrikmässiger Betriebe sind, finden diese Bestimmungen keine Anwendung.

In Uebereinstimmung hiermit enthält das Musterstatut der Innungen die Bestimmung, dass die Beauftragten sich von Zeit zu Zeit von der Art der Beschäftigung der Lehrlinge in den Werkstätten und von der Einrichtung der für die Unterkunft der Lehrlinge bestimmten Räume Kenntniss verschaffen. . . . . Eine besondere Beachtung haben sie den nicht bei ihren Lehrherrn untergebrachten Lehrlingen zu schenken, sich von der Beschaffenheit der Logir- und Kosthäuser, in denen sie etwa untergebracht sind, Kenntniss zu verschaffen, und wenn sie finden, dass aus der Unterbringung in solchen Häusern Gefahren für das leibliche oder sittliche Wohl des Lehrlings erwachsen, durch Verhandlung mit dem Lehrherrn und den Eltern oder Vormündern auf Beschaffung eines anderweiten, den Anforderungen entsprechenden Unterkommens hinzuwirken.

Hiernach soll das Institut der Beauftragten in gewerbepolizeilicher Hinsicht die Thätigkeit der Gewerbeaufsichtsbeamten ergänzen.

Der Innungsvorstand ist nach § 92c berechtigt, bei Verstössen gegen statutarische Bestimmungen Ordnungsstrafen, insbesondere Geldstrafen bis zu 20 Mark zu verhängen.

Nach § 96 unterliegen die Innungen der Aufsicht der unteren Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk sie ihren Sitz haben. — Für gleiche oder verwandte Handwerke kann auf Antrag der Betheiligten, wenn die Mehrheit derselben zustimmt, eine Zwangsinnung angeordnet werden.

Nach § 104 können Innungen, welche nicht derselben Aufsichtsbehörde unterstehen, zu Verbänden zusammentreten. Die Innungsverbände haben die Aufgabe, zur Wahrnehmung der Interessen der von ihnen vertretenen Gewerbe die Innungen, Innungsausschüsse und Handwerkskammern in der Verfolgung ihrer gesetzlichen Aufgaben, sowie die Behörden durch Vorschläge und Anregungen zu unterstützen . . .

Die Verbandsvorstände sind nach § 104c befugt, in Betreff der Verhältnisse der in dem Verband vertretenen Gewerbe an die für die Genehmigung des Verbandsstatuts zuständige Stelle Bericht zu erstatten und Anträge zu richten. Sie sind verpflichtet, auf Erfordern dieser Stelle, Gutachten über gewerbliche Fragen abzugeben. Der Innungsverband ist nach § 104c befugt, für die Mitglieder der ihm angeschlossenen Innungen und deren Angehörige zur Unterstützung im Falle von Krankheit, Tod, Arbeitsunfähigkeit oder sonstiger Bedürftigkeit Kassen zu errichten.

Nach § 104k überwacht die Aufsichtsbehörde die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselben durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Ordnungsstrafen gegen die Inhaber der Aemter des Vorstandes erzwingen.

Die Ueberwachung der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben ist Pflicht der Innungen, die Bestellung von Beauftragten, auch Nichtmitgliedern, Recht der Innungen.

Von der Befugniss, an einer gesundheitsgemässen Ausgestaltung der Handwerksbetriebe innerhalb der engen Grenzen des Gesetzes mitzuwirken, ist bisher nur in sehr geringem Umfange Gebrauch gemacht, insofern nur ein kleiner Theil der Innungen Beauftragte ernannt hat, und noch weniger ist von einer über den § 94c der Gewerbeordnung hinausgehenden Mitwirkung auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und einer weitergehenden Selbstkontrole die Rede. Von dem vielfach mangelnden Verständniss abgesehen, kommt erschwerend der Umstand in Betracht, dass nur ein Theil der handwerklichen Betriebe Innungen angehört, dass die freien Innungen, zu denen der Beitritt ein freiwilliger ist, gegenüber den Zwangsinnungen überwiegen, und dass in vielen Ortschaften Innungen überhaupt nicht bestehen.

Diese Lücke auszufüllen, sind die Handwerkskammern berufen, denen die Vertretung der Interessen des Handwerks, ihres Bezirks obliegt, und die aus den Handwerksinnungen und denjenigen Vereinigungen, welche die Förderung der gewerblichen Interessen des Handwerks verfolgen, gewählt werden.

Nach § 105c ist die Handwerkskammer wie die Innung befugt, Veranstaltungen zur Förderung der gewerblichen, technischen und sittlichen Ausbildung der Meister, Gesellen (Gehilfen) und Lehrlinge zu treffen, sowie Fachschulen zu errichten und zu unterstützen. Die Innungen und Innungsausschüsse sind verpflichtet, den von der Handwerkskammer innerhalb ihrer Zuständigkeit erlassenen Anordnungen Folge zu leisten.

Die Handwerkskammer ist ebenso wie die Innungen befugt, Beauftragte zu ernennen und Zuwiderhandlungen gegen die innerhalb ihrer Zuständigkeit erlassenen Vorschriften mit Geldstrafe bis zu 20 Mark zu bedrohen. Die Festsetzung dieser Geldstrafen erfolgt auf Antrag des Vorstandes oder eines Beauftragten der Handwerkskammer von der unteren Verwaltungsbehörde.

Auch wo schon Innungsbeauftragte bestehen, können die Handwerkskammern Beauftragte ernennen. In dem Statut der Handwerkskammer zu Berlin heisst es im § 49: Die Kammer ist befugt, durch Beauftragte die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften ihres Bezirks zu überwachen und von der Einrichtung der Betriebsräume und der für die Unterkunft der Lehrlinge bestimmten Räume Kenntniss zu nehmen.

In Sachsen und den Hansestädten ist den Gewerbekammern die Befugniss der Handelskammer übertragen und damit die Befugniss, Beauftragte zu ernennen.

In den Beauftragten der Handwerkskammern ist daher ein Organ gegeben, das eine Ueberwachung auch derjenigen Betriebe ermöglicht, die keiner Innung angehören; Voraussetzung ist eine im Verhältniss zur Zahl der Handwerksbetriebe ausreichende Zahl von Beauftragten. Wenn in Süddeutschland, wo nur wenig Innungen bestehen, überwiegend Gewerbevereine, die Handwerkskammern nur einen einzigen Beauftragten für den Bezirk ernennen, so ist das durchaus unzureichend. In Norddeutschland scheint von der Ernennung von Beauftragten seitens der Handwerkskammern bisher nur wenig oder kein Gebrauch gemacht worden zu sein, doch steht ihre Ernennung für die Handwerkskammer Berlin-Potsdam demnächst bevor. Wenn wir bedenken, dass im Bezirk der Handelskammer Berlin-Potsdam etwa 50 bis 60000 Handwerksbetriebe bestehen, wird es, um das Institut nutzbringend zu gestalten, der Ernennung einer grossen Zahl von Beauftragten bedürfen. Dass hierzu geeignete und bereite Persönlichkeiten sich überall finden werden, erachte ich dann für zweifellos, wenn seitens der Aufsichtsbehörden diesem Zweig der Sozialpolitik überall das erforderliche Interesse entgegengebracht wird, an dem es zur Zeit noch vielfach fehlt. Je mehr die Landräthe und Magistrate es sich angelegen sein lassen, das Interesse für das Innungswesen in ihrem Bezirk auf alle Weise zu wecken und zu fördern und dahin zu wirken, dass möglichst alle Betriebe sich zu Innungen zusammenschliessen und ihre Organisation neben den wirthschaftlichen Aufgaben auch einer gesundheitsgemässen Ausgestaltung ihrer Betriebe nutzbar machen, um so erfolgreicher wird die Wirksamkeit der Beauftragten sich gestalten.

Dass für eine gesundheitsgemässe Ausgestaltung der Handwerksbetriebe die im § 94c des Gesetzes und im § 49 des Statuts der Handwerkskammer von Berlin gestellten Aufgaben nicht ausreichen, dass im Interesse einer gesundheitsgemässen Ausgestaltung der Betriebe eine Erweiterung dieser Aufgaben und deren Kontrole nicht entbehrt werden kann, bedarf keiner Ausführung. Soweit diese weitergehenden Aufgaben, weil im Gesetz nicht direkt vorgesehen, wenngleich sie zu den den Handwerksbetrieben gemeinsamen Interessen gehören und ihrer Aufnahme in besondere Nebenstatuten sicher nichts entgegensteht, durch die den Innungen und Handwerkskammern zur Verfügung stehenden Strafmittel nicht erzwungen werden können, wird bei ihrer Durchführung die polizeiliche Mitwirkung nicht zu entbehren sein, die indess nur so weit in Frage kommt, als es dem gesunden Sinn des Handwerks nicht gelingt, allen berechtigten, im wohlverstandenen Interesse des Handwerks gelegenen gesundheitlichen Forderungen zur Durchführung zu verhelfen. Hierfür das Verantwortlichkeitsgefühl zu wecken, das Verständniss für die hier vorliegenden Aufgaben zu fördern, giebt es kein besseres

Mittel, als die Betheiligung der Innungen, der Handwerkskammern und Verbände bei der Durchführung und Ueberwachung der allgemeinen und besonderen gesundheitspolizeilichen Massnahmen.

Neben der im § 94c vorgesehenen Ueberwachung der Arbeitsstätten und der Unterkunftsräume der Lehrlinge gehört hierher die Förderung des Reinlichkeitssinns der heranwachsenden Handwerkerjugend; zu diesem Zweck müssen überall Waschgelegenheiten, Seife und saubere Handtücher, sowie Spucknäpfe bereit stehen, deren regelmässige Benutzung zu überwachen ist. Hierher gehört weiter die Sorge für ausreichende Beköstigung, sowie ferner die möglichst gesundheitsmässige Ausfüllung der Mussestunden durch Einrichtung von Bibliotheken und Lesehallen, Unterstützung von Volksheimen und ähnlichen Einrichtungen, wobei auf die Gefahren des Alkoholismus und der Syphilis in geeigneter Weise hinzuweisen sein wird, Aufgaben, die unter den § 81b, Abs. 1 der Gewerbeordnung und den § 5 der Mustervorschriften zur Regelung des Lehrlingswesens fallen, da sie gleichzeitig der sittlichen Ausbildung der Handwerkerjugend zu dienen bestimmt sind, und weiter die Pflege von Turnen, Spiel und Sport als Korrektiv gegen etwaige schädigende Einflüsse namentlich der im Sitzen zu verrichtenden Handwerksbetriebe sowie solcher, die eine einseitige Muskelarbeit erforderlich machen. Hieran schliessen sich diejenigen Forderungen, die sich auf die Hygiene der Arbeitsstätte selber beziehen, den erforderlichen Luftraum, die Reinlichkeit und Reinhaltung der Werkstätten, wie die der Arbeitsgeräthe und die Sorge für ausreichende Lufterneuerung, ausreichende Beleuchtung und Erwärmung und endlich diejenigen Massnahmen, die neben dem Schutz der Handwerksbeflissenen vor Allem auch den Schutz des Publikums und die Verhütung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten bezwecken, vor Allem die Forderung, dass Schlaf- und Wohnräume von den Werkstätten unter allen Umständen getrennt sind, und dass beim Auftreten übertragbarer Krankheiten sowohl in den Familien der Handwerksmeister wie der Heimarbeiter die nach dem Gutachten des Medizinalbeamten erforderlichen Vorsichtsmassregeln beobachtet werden. Neben diesen allgemeinen gesundheitlichen Massnahmen kommen für jedes Gewerbe und jeden Handwerksbetrieb noch die besonderen hygienischen Massnahmen in Betracht, die den mit dem Gewerbebetrieb oder Handwerk verbundenen besonderen Gefahren zu begegnen bestimmt sind. Hand in Hand hiermit muss eine entsprechende Unterweisung in den Fach- und Fortbildungsschulen gehen.

Wie ausserordentlich rückständig die Hygiene der Werkstätten noch vielfach ist, darüber lassen die Erhebungen namentlich in den Werkstätten der Tapezirer, Bäcker, Schneider u. A. keinen Zweifel. Nach den Feststellungen der Fabrikinspektion, die sich auf die Kleider- und Wäschekonfektion und auf die Kostümbranche bezogen, kamen in mehr als einem Drittel der Räume weniger als 10 cbm Luftraum auf die Person, Ergebnisse, die durch die Wohnungsausmessungen einer grösseren Zahl von Werkstätten, wie solche in Belgard, Bielefeld und Nürnberg ausgeführt wurden, bestätigt werden. Merkel[1]) fand für Nürnberg, dass in den Werkstätten der Schneider ein Luftraum von 4 bis 5 cbm für die Person nicht zu den Ausnahmen gehört bei Fehlen jeder Ventilation und vielfach unzureichender Beleuchtung; dazu kommt, dass die Werkstätten mit Koch- und Bügeldämpfen erfüllt waren, dass das Reinlichkeitsbedürfniss durch Bereitstellung von Wasser, Seife und Handtuch nur in einem verschwindenden Bruchtheil der Fälle befriedigt und dass die Arbeitsdauer vielfach eine sehr ausgedehnte war. In zwei Dritteln der Fälle dienten die Werkstätten gleichzeitig als Wohnräume und in einer grössern Zahl von Fällen auch als Schlafraum. In 7 von 44 Werkstätten befanden sich Kranke, darunter solche, die an Diphtherie, Keuchhusten und Tuberkulose litten. Dass unter solchen Verhältnissen Verschleppungen von Krankheitskeimen durch Kleidungsstücke vorkommen können, ist unzweifelhaft, ganz besonders aber sind die in solchen Werkstätten Beschäftigten gefährdet. Diesen unhygienischen Zuständen entsprechend sind die Gesundheitsverhältnisse der Schneider wenig günstig, wie die hohe Tuberkuloseziffer zeigt, die nur zum kleineren Theil darauf zurückzuführen ist, dass sich dem Schneiderhandwerk vielfach schwächliche Personen zuwenden. Das geeignetste Mittel zur Förderung der Werkstättenhygiene ist darin gelegen, dass die unzulänglichen kleinen hausindustriellen Betriebe in grösseren Werkstättenbetrieben zentralisirt werden, die sich hygienisch und gewerbepolizeilich sehr viel leichter kontroliren lassen, als die vielen kleinen Werkstätten In Uebereinstimmung mit dem § 81[b] Abs. 5 muss die Schaffung solcher Musterwerkstätten als eine der dringendsten Aufgaben der Innungen und Handwerkskammern erachtet werden. Dazu kommen die vielfach unhaltbaren Wohnungsverhältnisse der Gesellten, Lehrlinge und Angestellten. Wie traurig es vielfach mit den Unterkunftsräumen der Gesellen und Lehrlinge, wie der Angestellten in Ladengeschäften bestellt ist, lehren die Erfahrungen der Aerzte. Eine grelle Beleuchtung erfuhren diese Verhältnisse durch die im Auftrage des Vorstandes der Berliner Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker bearbeiteten Untersuchungen der Wohnungsverhältnisse ihrer erkrankten Mitglieder, durch die die hier herrschenden unhaltbaren Wohnungszustände illustrirt werden.*)

Derartige weitergehende gesundheitliche Aufgaben in ihre Statuten oder besondere Nebenstatuten aufzunehmen und durch die Beauftragten mit überwachen zu lassen, erachte ich die Innungen und Handwerkskammern nicht nur für befugt, sondern auch für verpflichtet, da kein Gewerbeunternehmer und kein Handwerksmeister das Recht hat, die Gesundheit seiner Arbeiter durch unhygienische Einrichtungen der Betriebsstätte oder des Betriebes zu gefährden. Je mehr Unkenntniss und Gleichgiltigkeit der Einsicht weicht, dass jede Besserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen auch eine Hebung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit zur Folge hat, um so früher wird der nothwendige Ausgleich der beiderseitigen Rechte und Pflichten auch auf diesem Gebiet der Sozialpolitik sich vollziehen. In demselben Masse, als dies gelingt, wird die Thätigkeit der Aufsichtsorgane zurücktreten können.

In dieser Hinsicht kommen neben den ordentlichen Polizeibehörden in erster Linie die Gewerbeaufsichtsbeamten in Frage, denen die Aufsicht über die Ausführung der Bestimmungen der §§ 105[a], 105[b] Abs. 1, 105[c] bis 105[h], 120[a] bis 120[e] nicht nur in Fabriken, sondern auch in handwerksmässigen Betrieben kraft Gesetzes zusteht, ohne dass es hierzu einer besonderen Bevollmächtigung durch die höhere Verwaltungsbehörde bedarf (vergl. auch Erlass des Ministers für Handel und Gewerbe vom 3. April 1897), wenn auch im Allgemeinen von dieser Befugniss gegenüber handwerksmässigen Betrieben ohne Motorbetrieb in der Regel nur aus be-

[1]) Merkel, Zur Hygiene im Schneidergewerbe. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 34, Heft 4.

*) Albert Kohn, Unsere erste Wohnungsenquête. (Bearbeitet im Auftrage des Vorstandes der Berliner Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker.)

sonderen Anlässen Gebrauch gemacht worden ist; es kommt hinzu, dass in das Verzeichniss der Gewerbebetriebe, welche in den gemäss § 139[b] Abs. 3 der Gewerbeordnung zu erstattenden Berichten zu berücksichtigen sind, die Handwerksbetriebe nicht aufgeführt sind, und dass die Gewerbeaufsichtsbeamten ihr Interesse überwiegend dem Schutz der Arbeiter zuzuwenden haben, während der Schutz des Publikums ihnen nicht in gleichem Masse obliegt.

Diese Lücke auszufüllen, sind die Medizinalbeamten, in Preussen die Kreisärzte, und die Gesundheitskommissionen berufen, und zwar sowohl gegenüber den Handwerksbetrieben im Allgemeinen wie namentlich gegenüber solchen Betrieben, in denen Nahrungs- und Genussmittel hergestellt oder verarbeitet werden, wie Bäckereien, Fleischereien, Wurstküchen u. s. w., ferner solchen, die die Gefahr einer Verbreitung übertragbarer Krankheiten in besonderem Masse in sich schliessen, wozu ausser den oben genannten die Werkstätten der Schneider, Tapezirer, die Frisir-, Barbier- und Haarschneidestuben u. A. gehören. Hier ist eine Mitwirkung der Medizinalbeamten speziell bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Angestellten unentbehrlich. Hiervon abgesehen wird die Mitwirkung der Medizinalbeamten und der Gesundheitskommissionen bei der Ueberwachung der Handwerksbetriebe in Bezug auf die gesundheitlichen Einrichtungen im Allgemeinen um so mehr zurücktreten können, je mehr die Innungen und Handwerkskammern von ihrer Befugniss, für eine gesundheitsgemässe Ausgestaltung der Handwerksbetriebe Sorge zu tragen, Gebrauch machen. Hinsichtlich der Beaufsichtigung erwähne ich noch, dass auch in England beispielsweise die Kleinbäckereien nicht von den Fabrikinspektoren, sondern von den lokalen Gesundheitsbehörden besichtigt werden.

Für besonders wichtig und vortheilhaft würde ich es erachten, wenn überall die Beauftragten der Innungen und Handwerkskammern in die Gesundheitskommissionen als Mitglieder gewählt und als solche die Hygiene des Handwerks zu fördern und das Verständniss hiefür in ihre Berufskreise zu tragen sich angelegen sein liessen.

Auch darf von der Zukunft erwartet werden, dass das Beispiel und die natürliche Auslese, die Bevorzugung der gesundheitsgemäss geleiteten Betriebe und Handwerke dazu mithelfen werden, rückständige Unternehmer und Handwerksmeister der besseren hygienischen Einsicht zuzuführen. Die dadurch verursachten Kosten stehen in keinem Verhältniss zu den Vortheilen, die ein gesundheitsgemäss geleiteter Betrieb den Meistern wie den Angestellten und dem Publikum bietet.

Neben den Aufsichtsorganen wird die allgemeine Wohnungsbeaufsichtigung, deren Einrichtung nach dem Vorgang von Hessen und Bayern in den übrigen Bundesstaaten entgegen gesehen wird, in Bezug auf den Betriebsschutz die dringendsten Forderungen der Hygiene beseitigen helfen. Dass hier noch Vieles zu thun bleibt, darüber lassen, wie oben angedeutet, die stattgehabten Erhebungen keinen Zweifel. Es kommt hinzu, dass viele Werkstätten noch heute in gänzlich ungeeigneten Räumlichkeiten, namentlich auch in Kellerräumen sich befinden, die die Gesundheitsverhältnisse der betreffenden Gewerbetreibenden viel mehr gefährden, als dies durch den Gewerbebetrieb an sich geschieht. Wiederhol haben deshalb die Vorstände der Zentral-Kranken- und Sterbekassen der verschiedensten Berufsverbände auf die mit diesen Betrieben verbundenen, in der Kranken- und Sterblichkeitsstatistik zum Ausdruck kommenden Gefahren hingewiesen, so neuerdings die Zentral-Kranken- und Sterbekasse der Tapezirer und verwandter Berufsgenossen Deutschlands in Hamburg, die in einer an das Kaiserliche Gesundheitsamt gerichteten Eingabe über die gesundheitlichen Gefahren Klage führt, welchen ihre Mitglieder in den Werkstätten der Tapezirer und verwandter Berufe ausgesetzt sind.

Einzelne Berufsverbände, so der Verband der Steinarbeiter und Steinmetzen in Deutschland haben in dankenswerther Weise die Bekämpfung des Alkoholismus in ihr Programm aufgenommen.

Darauf, dass die Aufgabe der Krankenkassen auf dem Gebiete der Krankenfürsorge nicht damit erschöpft ist, dass die Kranken ärztlicher Behandlung zugeführt werden, sondern dass die Krankenkassen ausserdem auch berufen sind, ihre Organisation vorbeugenden Zwecken dienstbar zu machen, wurde wiederholt von mir hingewiesen. Ganz besonders wird die Mitwirkung der Krankenkassen im Kampf gegen den Alkoholismus und die Syphilis, wie gegen die Gewerbekrankheiten im engeren Sinne, nicht zu entbehren sein.

Dass auch in den Kreisen der Arbeiter selber das Interesse für die hygienischen Einrichtungen der Betriebe ein immer regeres geworden ist, beweisen dahingehende Forderungen der Arbeiterverbände. Hierher gehört die Denkschrift mit ausführlicher Begründung, die der deutsche Schneiderverband dem Bundesrath bezw. Reichstage eingereicht hat, mit der Bitte, gesetzlich einzugreifen, indem vor Allem die Ausdehnung der Bestimmungen der Gewerbeordnung über den Arbeiterschutz, über die Gewerbeaufsicht und die Bestimmungen der Sonntagsruhe auf die Hausindustrie und die Heimarbeit gefordert wird. Der Gewerbeaufsichtsbeamte für Bremen berichtet in seinem Jahresbericht für 1901, dass die Schneidergesellen gelegentlich des Ausstandes in Bremen u. A. folgende Forderungen in hygienischer Hinsicht stellten: Die Werkstätte soll der Zahl der Gesellen entsprechend gross sein, so zwar, dass auf jeden Arbeiter ein Luftraum von 12 bis 16 cbm entfällt; die Werkstätte soll thunlichst nicht unter 3 m hoch sein und genügendes natürliches Licht haben, während als künstliche Beleuchtung wegen der geringeren Wärmeerzeugung Gasglühlicht, nur ausnahmsweise Petroleumlicht zur Verwendung kommen sollte. In Betrieben, in denen mehr als 10 Arbeiter thätig sind, wird ein besonderer Bügelraum für nothwendig erachtet, auf keinen Fall darf der Bügelofen in der Werkstätte stehen; auch wird die Abschaffung solcher Werkzeuge und Einrichtungen verlangt, die ungesunde Dünste entwickeln. Die weiteren Forderungen beziehen sich auf ausreichende Reinigung der Werkstätten, Bereitstellung von Waschvorrichtungen, Spucknäpfen und ausreichende Ventilation der Arbeitsräume. Für derartige durchaus zu billigende Forderungen einzutreten und deren Durchführung in die Hand zu nehmen, müsste eine der vornehmsten Aufgaben der Innungen sein. Der Umstand, dass es erst der Initiative der Arbeiter bedurfte, um derartige, durchaus berechtigte Forderungen zur Geltung zu bringen, beweist, dass unsere Sozialpolitik auf dem Gebiet des Handwerks über die ersten Anfänge noch nicht hinausgekommen ist.

Zum Schluss weise ich darauf hin, dass auf dem Gebiet der Sozialhygiene auch die Mitwirkung der Handelskammern durch Bildung besonderer Ausschüsse für soziale Hygiene und Wahrnehmung der hier vorliegenden Aufgaben in Erwägung zu ziehen sein wird.

Nach dem Handelskammergesetz haben die Handelskammern die Bestimmung, die Gesammtinteressen der Handel- und Gewerbetreibenden ihres Bezirks wahrzunehmen, und nach § 38 des Gesetzes in der Fassung vom 19. August 1897 sind sie befugt, „Anstalten, Anlagen und Einrichtungen, die die Förderung von Handel und Gewerbe sowie die technische und geschäftliche Ausbildung, die Erziehung und den sittlichen

Schutz der darin beschäftigten Gehilfen und Lehrlinge bezwecken, zu begründen, zu unterhalten und zu unterstützen.“ Zu diesen Anstalten, Einrichtungen u. s. w. gehören namentlich Fach- und Fortbildungsschulen, Prämiirung von Lehrlingsarbeiten u. A., aber auch Veranstaltungen zur angemessenen Unterhaltung und Belehrung für Gehilfen und Lehrlinge während der Dauer der Sonntagsruhe, worüber der Bericht der Kommission des Abgeordnetenhauses über die Novelle vom 19. August 1897 (S. 38—39) keinen Zweifel lässt. Nach dieser Richtung wird auch hier vor Allem die Einrichtung von Bibliotheken und Lesehallen, von Volksheimen, Kunstdarbietungen und Aehnliches in Frage kommen. Dabei wird zu erwägen sein, ob und inwieweit sich hierbei ein Zusammengehen mit den Innungen und Handwerkskammern empfiehlt. Aber auch die Förderung von Turnen, Spiel und Sport gehört hierher, insofern diese körperlichen Uebungen nicht blos gesundheitlichen, sondern mittelbar auch sittlichen Zwecken dienen. Ausserdem verdient Berücksichtigung die Frage der Hygiene der Bureaus und der Verkaufsstellen. Da den Handelskammern eine Beaufsichtigungsbefugniss über die in ihnen vertretenen Handels- und Betriebsstätten nicht zusteht, und nachdem durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. November 1900 (R. G. Bl. S. 1033) und den § 139c des Gesetzes, betr. Abänderung der Gewerbeordnung vom 30. Juni 1900 (R. G. Bl. S. 968) dem Schutz der Angestellten in den offenen Verkaufsstellen und dazu gehörigen Schreibstuben bereits eine weitergehende Fürsorge zu theil geworden ist, wird es in letzterer Hinsicht genügen, wenn die Aufmerksamkeit der Betheiligten durch die besondern Fachausschüsse auf die hier in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte gelenkt und erforderlichen Falls an die Zentralstelle mit Anträgen herangetreten wird.

Je mehr wir den Fragen der Hygiene praktisch nahe treten, um so mehr überzeugen wir uns, dass wir auf dem Gebiet der sozialen Hygiene ohne weitergehende Selbstverwaltung und Selbstkontrole nicht auskommen. Je früher die Innungen und Handwerkskammern, die Genossenschaftsverbände und Arbeiterorganisationen die Hygiene ihrer Betriebe und Handwerke zum Gegenstand ihrer Fürsorge machen, um so mehr wird auch die Durchführung der gesetzlichen und administrativen Massnahmen, die im Interesse einer einheitlichen Handhabung der Gewerbegesetzgebung und Gewerbepolizei nicht entbehrt werden können, erleichtert, um so besser werden sich Meister und Gesellen, Lehrlinge und Arbeiter stehen und nicht zuletzt auch das Handwerk selber. In demselben Masse als wir die Lebensbedingungen der heranwachsenden Handwerkerjugend verbessern, tragen wir zur Hebung der wirthschaftlichen Lage und weiterhin ihrer Leistungsfähigkeit bei. Dass dieser Weg hygienischer Erziehung und ergänzender Selbstkontrole gangbar, beweist das Vorgehen einzelner Innungen und Verbände, dass er erfolgversprechend für die soziale Hygiene, wird eine hoffentlich nicht zu ferne Zukunft lehren.

Die Forderungen der Eisenbahnhygiene in Bezug auf das Rettungswesen im Eisenbahnbetrieb.

Von

Dr. **Blume**-Philippsburg, Baden.

1. Vorsitzender des Vereins Badischer Bahn- und Bahnkassenärzte.

Die verschiedenen Unglücksfälle, die sich in den letzten Jahren auf unseren deutschen Eisenbahnen ereignet haben, ganz besonders die schweren Eisenbahnunfälle von Offenbach, Altenbeken und Heidelberg vor dem Karlsthor, haben die deutschen Eisenbahnverwaltungen veranlasst, in die Prüfung der Rettungseinrichtungen erneut wieder einzutreten, nachdem man gefunden hat, dass die vorhandenen Einrichtungen zu einer schnellen und thatkräftigen Hilfe als nicht ausreichend sich erwiesen haben. Wie in Preussen durch das energische Eingreifen Sr. Majestät des Kaisers eine ausführliche Verfügung des preussischen Ministeriums der öffentlichen Arbeiten vom 28. Februar d. J. an die königlichen Eisenbahndirektionen erlassen ist, welche die Aufstellung von Hilfszügen und Hilfsgeräthschaftswagen, Einrichtungen zum schleunigen Herbeirufen der Aufsichtsbeamten, Aerzte und Arbeiter, sowie den Meldedienst bei Unfällen und die Arbeiten an der Unfallsstelle behandelt, so wird zur Zeit bei unserer Generaldirektion der Gr. Badischen Staatseisenbahnen auch auf allerhöchste Anregung unserer Frau Grossherzogin die Frage der Vervollkommnung unserer bestehenden Rettungseinrichtungen einer eingehenden Prüfung unterzogen.

Das zwingende Gebot der Pflicht und helfender Nächstenliebe verpflichtet die Eisenbahnverwaltungen, die Folgen der leider unausbleiblichen Unfälle soviel als möglich durch ausreichende Einrichtungen und Massnahmen zu lindern, die eine rasche und ausgiebige Hilfeleistung der bei den Eisenbahnunfällen Verletzten gewährleisten.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, und würde auch zu weit führen, die Einrichtungen der einzelnen Länder zu besprechen, ebenso lasse ich die von Davidsohn[1]) aufgeworfene Frage noch unbeantwortet, ob dadurch, dass der letzte Wagen eines jeden Zuges ein Pack- oder Schutzwagen sein muss, die Verletzungen bei Eisenbahnunfällen nicht vermindert werden könnten. Gut wäre dies ganz sicherlich; denn es ist eine unbestrittene, durch die Statistik festgelegte Erfahrungsthatsache, dass die meisten Verletzungen bei Eisenbahnunfällen bei denjenigen Reisenden konstatirt werden, welche die Plätze des vordersten und besonders des letzten, resp. der zwei letzten Wagen inne haben. Jedoch unter Berücksichtigung der grossen Kosten, welche die Anschaffung eines grossen Wagenparkes ausmachen, und des weiteren Umstandes, dass die Fahrgeschwindigkeit der Züge unbedingt dadurch leiden und wieder weitere Kosten für Dampf und Maschinen verursachen würden, ist diese Frage doch sehr ernstlich zu prüfen, dass „die Kosten nicht in Betracht kommen dürften, wo es sich darum handelt, die Reisenden vor Verletzungen zu schützen.“ Wenn durch „die Aenderung in der Reihenfolge des Wagenparks bei den Zügen“ ein ganz sicherer Schutz gegen Unfälle geboten würde, dann müsste dies unbedingt gefordert werden. Oder könnten diese grossen Summen nicht in einer anderen und vielleicht gerade so guten Weise verwendet werden, welche die Betriebssicherheit noch mehr erhöhen und dadurch die Gefahren für Eisenbahnunfälle vermindert würden, so z. B. die allgemeine Einführung der Strecken-Sicherung durch ein elektrisches Blocksystem? Ich muss auch schon deswegen die obige Frage unbeantwortet lassen, weil bei der Beurtheilung von rein betriebstechnischen Einrichtungen noch viele andere Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, die ich als Laie nicht zu beurtheilen vermag.

Wir sehen es vielmehr als unsere Aufgabe an, die nothwendig erscheinenden Forderungen der Eisenbahnhygiene aufzustellen unter Berücksichtigung der Einrichtungen, die sich bereits bewährt haben, und der Mittheilungen der einzelnen Referenten über die Rettungseinrichtungen in den Bundesstaaten: Preussen, Bayern, Württemberg, Sachsen und Baden auf dem 5. Deutschen Bahnärztetag am 20. September d. J. zu München.

[1]) „Rettungsdienst im Eisenbahnverkehr“, Vortrag von Dr. Davidsohn (Schneidemühl) Zeitschrift für Samariterwesen No. 18 vom 15. September 1902.

Wir präzisiren nach Brähmer[2]) unsere Forderungen kurz dahin, „dass das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen, wie auch bei plötzlichen Erkrankungen sich zu erstrecken hat auf die Bereithaltung der zur ersten Hilfe nothwendigen Verbandgegenstände und Arzneimittel, auf möglichst schnelle Herbeischaffung ärztlicher Hilfe, auf zweckmässige Massnahme bis zur Ankunft des Arztes, endlich auf geeignete Transportmittel und Unterkunftsräume für Verwundete und Kranke."

Dies wird durch folgende Einrichtungen gewährleistet:

1. die Anstellung von Bahnärzten bei allen Eisenbahnverwaltungen,
2. die Erhaltung eines gesunden Eisenbahnpersonales,
3. Verbandtaschen, grosse und kleine Rettungskästen,
4. Tragbahren, Räderbahren und wollene Decken,
5. Rettungszimmer auf den grösseren Bahnhöfen,
6. Hilfs- und Requisitenwagen, mit den
7. sog. Rettungs- oder Arztwagen zusammengestellt zu stets bereitstehenden Hilfszügen,
8. ein gut funktionirender Melde- und Alarmdienst,
9. ausgebildete Hilfsmannschaften unter Mitwirkung der Samaritervereine und Sanitätskolonnen, und schliesslich
10. eine ausführliche Dienstvorschrift über das Rettungswesen bei Unfällen.

Die Forderung in Bezug auf die Organisation des bahnärztlichen Dienstes[3]) als eines wesentlichen Bestandtheiles des Eisenbahnbetriebes ist eine jetzt bereits allseitig anerkannte, sodass es Wunder nehmen muss, aus welchen Gründen besonders gewisse Privatgesellschaften noch immer nicht das bahnärztliche Institut eingerichtet haben, ohne welches die Durchführung oben genannter Forderungen überhaupt gar nicht gewährleistet werden kann. Ich unterlasse es daher, hier näher darauf einzugehen, gebe aber der Hoffnung wiederholt Raum, dass diese Forderung bei allen Eisenbahnverwaltungen endlich auf gesetzlichem Wege durchgeführt werde. Eisenbahnunfälle können auch auf Privatbahnen vorkommen, denen die gleichen humanitären Verpflichtungen obliegen wie den Staatseisenbahnverwaltungen.

Nur ein an Körper und Geist kerngesundes Beamtenpersonal im äusseren Dienst garantirt neben gewissen technischen Einrichtungen die Sicherheit und das Leben der Reisenden wie der Angestellten selbst auf den Eisenbahnen. Millionen Menschenleben hängen täglich von den klaren Augen und der sicheren Hand, von der Sicherheit der Funktionen des Nervenapparates eines Bahnbeamten ab, und Millionen von Geldwerth stehen durch die Gefährdung eines Eisenbahntransportes auf dem Spiele. Die Verwaltung muss daher Vorsorge treffen durch ganz genaue Auswahl der Beamten und durch öftere bahnärztliche Untersuchungen, dass sie ganz gesund sind; in einem auf dem deutschen Bahnärztetag 1898 zu Köln gehaltenen Vortrag formulirt Stich-Nürnberg[4]) die Forderungen über die Massnahmen zur Erhaltung eines gesunden Eisenbahnpersonales.

(Fortsetzung folgt.)

[2]) Dr. O. Brähmer: „Eisenbahnhygiene", 28. Lieferung des Handbuch der Hygiene. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1896.

[3]) Dr. Blume (Philippsburg): „Organisation des ärztlichen Dienstes bei den Eisenbahnbetrieben", Vortrag auf dem internationalen Kongress für Sanitätsdienst und Hygiene der Eisenbahnen im September 1897 zu Brüssel.

„Rapport sur l'organisation du service médical" par Dr. Roucaldier, Déligué des Chemins de fer Italiens de la Méditerranée.

„Le service médical dans les chemins de fer" Rapport du Dr. Ricchi, Médecin en Chef des chemins de fer du réseau de l'Adriatique (Italie).

[4]) Dr. Stich-Nürnberg: „Ueber die Massnahmen zur Erhaltung eines gesunden Eisenbahnpersonals" im Selbstverlag. 1898.

Dr. Blume-Philippsburg: „Die öffentliche Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe". Sonderabdruck aus der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig. 1899.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer zu St. Petersburg.

Studien zur Kenntniss der zufälligen (nicht operativen) Verletzungen der grösseren Venenstämme.

Von

W. K. Finkelstein.

Dem Andenken Manassein's gewidmet.

(Schluss).

IV. Verletzungen der Vena iliaca.

6. T. A., unbestimmten Alters, wurde am 19. Mai 1901 in das Krankenhaus aufgenommen. Der Patient wurde, wie die Transporteure angaben, bei einer Schlägerei mit einem Messer gestochen; er verlor eine ungeheure Menge Blut, verfiel in Ohnmacht und wurde sofort in das Krankenhaus transportirt. Seit der Verletzung ist ungefähr eine Stunde vergangen. Der Patient ist von mittlerer Statur und mässigem Ernährungszustand, todtenblass, bewusstlos. Die Kleidung ist ganz mit Blut begossen, stellenweise mit grossen Blutgerinnseln bedeckt. Athmung unregelmässig, oberflächlich, Puls selbst über den grossen Gefässen nicht zu fühlen. Das gesammte rechte Wundgebiet ist mit einem grossen Blutgerinnsel bedeckt, nach dessen Entfernung oberhalb des inneren Endes des Poupart'schen Bandes eine querfingerbreite, einwärts vom Gefässplexus eine longitudinale, 3 cm lange, mit einem Blutgerinnsel ausgefüllte Wunde hervortrat, neben dem langsam venöses Blut floss. Das Ligamentum Poupartii war durchschnitten, und die Wunde drang tiefwärts in gerader Richtung nach oben und hinten. Die Wunde wurde in der Richtung nach unten um 3, in der nach oben um 7 cm erweitert (F. F. Wolf). Die Muskeln der vorderen Bauchwand wurden theilweise mit dem Messer, theilweise stumpf gespalten. Die Vena femoralis wurde freigelegt. Eine Verletzung derselben fand sich nicht. Sie wurde bis oben untersucht: da fand man in der Tiefe an der Vena iliaca externa eine longitudinale penetrirende Wunde welche durch die vordere und die hintere Wand drang und auf der vorderen 2,5, auf der hinteren 2 cm lang war. Oberhalb und unterhalb der Wunde wurden auf die Vene Ligaturen angelegt. Das Zellgewebe hinter der Vene und einwärts von derselben war stark mit Blut durchtränkt. Einwärts von der unterbundenen Vene fand man in dem nach oben zu abpräparirten Peritoneum eine longitudinale 2 cm lange Wunde. Durch diese Wunde waren die unverletzten Dünndarmschlingen zu sehen. In der Arteria iliaca externa war kein Puls zu fühlen. Exzitantien und Transfusion von Kochsalzlösung. Tod 45 Minuten nach der Operation.

7. W. S., wurde am 5. August 1901 aufgenommen. Er hatte im trunkenen Zustande bei einer Schlägerei einen Messerstich erhalten. Die Einlieferung in das Krankenhaus erfolgte um 12 Uhr Nachts, ungefähr $1^1/_2$ Stunden nach der Verletzung. Der Patient befand sich in tiefer Ohnmacht, mit kaum fühlbarem Puls. Der Patient ist mittelmässig gebaut, sehr blass, aber trotz des grossen Blutverlustes hochgradig erregt und reagirt mit starken Muskelkontraktionen bei jedem Versuch, die Wunde zu untersuchen, aus der in dunklem ununterbrochenem Strahl venöses Blut fliesst. Die Wunde ist 3 cm lang, eine Querfingerbreite unterhalb des linken Poupart'schen Bandes; ihre Richtung ist schräg, nach oben und innen, genau oberhalb des Gefässgebietes. Die Wunde wurde nach oben zu erweitert (W. K. Finkelstein). Erst nach der Unterbindung des Poupart'schen

Bandes und Abpräparirung des Peritoneums etwas nach oben konnte man ganz deutlich die Quelle der Blutung sehen, und zwar in Form eines Spaltes in der Wand der Vena iliaca externa. Die 2 cm lange Oeffnung wurde mittelst Klemmen gefasst. Die Blutung stand vollständig. In der Tiefe des breiten Operationsfeldes war die schwach pulsirende unverletzte Arteria iliaca zu sehen. Oberhalb und unterhalb der Klemmen, die auf das Lumen des Gefässes angelegt wurden, wurden Ligaturen durchgezogen. Entfernung der Klemmen. Keine Blutung. Als man zur Exzision der verletzten Partie schritt, stellte sich die Blutung wieder ein, da die Ligatur vom zentralen Ende hinabgerutscht war. Das zentrale Ende wurde mittelst Klemmen gefasst und dicht vernäht. Resektion eines 2,5—3 cm langen Stückes der Vene. Tamponade der Wunde. 1000 ccm Kochsalzlösung subkutan. Tod $2^1/_4$ Stunden nach der Operation. Die Sektion ergab bis auf Erscheinungen von akuter Anämie nichts Besonderes. Verletzt war, wie dies auf dem resezirten Stück zu sehen war, nur die vordere Wand, die hintere war unverletzt geblieben.

Ich möchte nun die Eigenthümlichkeiten dieser Fälle hervorheben. Sowohl in dem einen, wie in dem anderen Falle handelte es sich um streng isolirte Verletzung der Vena iliaca externa, und zwar in dem einen Falle der rechten, in dem anderen Falle der linken. In dem ersten Falle ging das Messer oberhalb des inneren Endes des Poupartschen Bandes, es drang einwärts von der Arteria iliaca externa in die Wand der Vena und perforirte sowohl diese, wie auch die andere Wand. In dem zweiten Falle war die Richtung des Wundkanals eine etwas andere: die Eingangsöffnung lag eine Querfingerbreite unterhalb des Poupartschen Bandes, so dass das Messer, in schräger Richtung nach oben und innen verlaufend, nur die vordere Venenwand verletzt hat. Beide Patienten sind in Folge akuter Anämie und event. auch in Folge des Shocks zu Grunde gegangen.

In der Literatur fand ich keinen Fall von isolirter zufälliger Verletzung der Vena iliaca externa. Es sind Fälle von Unterbindung und Resektion derselben bei verschiedenen Geschwülsten und arteriovenösen Varicen beschrieben worden. Diese Fälle beweisen mit absoluter Sicherheit, dass die Unterbindung der Vena iliaca externa keine für die Lebensfähigkeit der betreffenden Extremität gefährliche Intervention darstellt. Die Unterbindungsverhältnisse sind selbstverständlich sowohl bei Geschwülsten, die das Lumen der Vene komprimiren, wie auch bei lange existirenden arteriovenösen Erweiterungen etwas andere als bei zufälligen Verletzungen: die allmähliche Entwicklung der Geschwulst giebt den kollateralen Bahnen Zeit und Möglichkeit, sich zu entwickeln. Nichtsdestoweniger kann man per analogiam mit den Resultaten der Unterbindung der Vena femoralis bei zufälligen Verletzungen mit grosser Wahrscheinlichkeit behaupten, dass die Ernährung der entsprechenden Extremität in Anbetracht der zahlreichen, stark entwickelten, venösen, kollateralen Bahnen in sehr schwachem Grade leiden wird. Die hauptsächlichsten und zahlreichsten Verbindungen bildet die Vena obturatoria mit der Vena femoralis circumflexa interna. Nach B. S. Cholzow befindet sich hinten ein gewaltiges venöses Netz, das die Vena femoralis mit der Vena hypogastrica bezw. mit der Vena iliaca interna derselben oder der entgegengesetzten Seite (dank der Verbindung der Vena ischiadica mit dem Plexus vesicalis) verbindet. Ausserdem bildet die Vena femoralis eine Anastomose mit der Vena azygos und den Vv. dorsales, mit anderen Worten, das Blut kann bei Unterbindung der Vena iliaca externa von der unteren Extremität doch in die Vena cava inferior gelangen. Natürlich sind auch hier Abweichungen von der Norm möglich (wie z. B. Einmündung der Vena obturatoria nicht in die Vena hypogastrica, sondern in die Vena iliaca, in der Nähe des Poupartschen Bandes). In der Regel aber dürfte die Unterbindung der Vena iliaca externa keine ernsten Störungen der Blutzirkulation herbeiführen.

In der Literatur sind sogar einige Fälle von gleichzeitiger Unterbindung der A. iliaca externa sowohl, wie auch der V. iliaca externa bei arteriovenöser Erweiterung veröffentlicht. B. S. Koslowski[21]) hat bei einem traumatischen Pseudoaneurysma im Gebiete des Skarpaschen Dreiecks, entstanden in Folge Schussverletzung der Femoralgefässe, sowohl die A. iliaca externa, wie auch die V. iliaca externa unterbunden. Der Kranke genas. In gleicher Weise verfuhr auch Thiel[22]) unter ähnlichen Verhältnissen. In beiden Fällen verschwanden die in den ersten Tagen vorhanden gewesenen Störungen der Sensibilität in kurzer Zeit, und die Wunden heilten ohne Komplikationen. In dem Falle von B. S. Koslowski wurde die Operation am 4., im Falle Thiels am 13. Tage ausgeführt. Thiel erklärt das Fehlen von Oedemen nach der Unterbindung der Vene durch ausreichende Entwicklung von kollateralen Bahnen innerhalb der 13 tägigen Periode, und darauf führt er hauptsächlich den bei seinem Patienten beobachteten günstigen Erfolg zurück. Der Fall von B. S. Koslowski steht schon näher den zufälligen Verletzungen, da hier die Extremität zu der Unterbrechung der Blutzirkulation in den Hauptgefässen weniger vorbereitet war.

Jedenfalls können die Frage der Ungefährlichkeit der isolirten Unterbindung der Vena iliaca externa bei zufälligen Verletzungen derselben nur klinische Beobachtungen endgiltig lösen.

Indem ich zu den Fällen des Obuchowschen Krankenhauses zurückkehre, muss ich hervorheben, dass in dem einen derselben die doppelte Unterbindung der verletzten Vene der einzig richtige Eingriff war, da nicht nur die vordere, sondern auch die hintere Wand verletzt war. In ähnlichen Fällen ist die Anlegung einer Naht mit ungeheuren technischen Schwierigkeiten verknüpft. In dem zweiten Falle war die Anlegung einer Ligatur kontraindizirt, wohl aber konnte man zur Anlegung einer Naht greifen, da nur die vordere Wand verletzt war. Der in diesem Falle begangene Irrthum lässt sich dadurch erklären, dass in mir noch der Eindruck der ersten Operation lebhaft war, bei der ich dem Kollegen F. F. Wolf assistirte. Ich fürchtete eine sekundäre Blutung: inmitten der infiltrirten und mit Blut übergossenen Gewebe konnte man sich über den Zustand der Wandungen der verletzten Vene nicht gut orientiren.

Ein Stück der verletzten Vene zu reseziren ist überhaupt nicht nothwendig, wenn die Blutung nach Anlegung einer Ligatur zum Stillstand gebracht ist. Die Resektion komplizirt die Operation und ist nur dort berechtigt, wo es erforderlich ist, einen in das Gebiet zwischen den Ligaturen mündenden venösen Ast zu unterbinden. Ist die Blutung gestillt, so kann man die Vena in situ belassen. Bei aseptischem Verlauf wird dies auf den Heilungsprozess der Wunde auch nicht den geringsten schädlichen Einfluss haben.

Das wären sämmtliche*) Beobachtungen von isolirter, zufälliger Verletzung grösserer Venen, die ich im Auftrage des hochverehrten Direktors der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses, A. A. Trojanow, gesammelt habe. Wir hatten also Fälle von Verletzung der Vena jugularis interna, der V. subclavia, der V. cava inferior und der V. iliaca externa. Indem ich mich nun der Literatur der Frage zuwende,

*) Als dieser Aufsatz bereits druckfertig war, wurde in die chirurgische Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer ein Patient mit isolirter, penetrirender Verletzung der Vena axillaris aufgenommen. Die Vene wurde von Kinast unterbunden. Der Patient befindet sich auf dem Wege zur Genesung.

muss ich hinzufügen, dass ich in derselben auch Fälle von zufälliger isolirter Verletzung der Vena axillaris und der Vena femoralis gefunden habe. Um die vorliegende Skizze zu vervollständigen, möchte ich mit wenigen Worten die in der Literatur vorhandenen Angaben anführen und zunächst auf Verletzungen der Vena pterygoidea eingehen. In seiner Arbeit weist B. N. Cholzow darauf hin, dass die Bedingungen der Blutzirkulation viel günstiger sind bei der Unterbindung dieser Vene unterhalb der Mündungsstelle der Vena cephalica als oberhalb derselben, da im ersteren Falle die Rolle der ableitenden Bahnen von der Vena cephalica, die gewöhnlich in die Vena axillaris oder in die Vena subclavia unmittelbar unterhalb der Clavicula mündet, ganz und gar übernommen werden. In einigen Fällen verläuft die Vena cephalica über die Clavicula hinaus und mündet in die Vena jugularis externa. Aus diesem Grunde empfiehlt B. N. Cholzow zu der in Rede stehenden Gruppe nur diejenigen Fälle zu rechnen, in denen die obere Ligatur unterhalb der Vena cephalica angelegt worden ist, während Fälle von Unterbindung oberhalb dieser letzteren zu der Gruppe der Unterbindungen der Vena subclavia zu rechnen sind. Leider ist in den Krankengeschichten das Verhalten der Ligatur der Vena cephalica gegenüber nicht angegeben. In der Literatur fand ich nur äusserst mangelhaft beschriebene Fälle von isolirter (nicht operativer) Verletzung der Vena pterygoidea.

Fall von Arendt[23]). Messerwunde in der linken Fossa axillaris, einige Zentimeter lang, nicht blutend. Der Verletzte hat viel Blut verloren. Bei der Besichtigung fanden sich zwei Venen, die an ihrer Mündungsstelle in die Vena pterygoidea durchschnitten waren. Nach zwei Tagen heftige Schmerzen in der Extremität und Paralyse des N. radialis. Zweite Operation (acht Tage nach der ersten). Nach Freilegung des Gefässgebietes erblickte Autor in der Vena pterygoidea eine 2 cm lange Spalte, aus der sich Blut ergoss. Die Spalte wurde in Klemmen gefasst, die nach zwei Tagen entfernt wurden. Das aufgetretene Oedem verschwand nach zwei Tagen. Die Paralyse blieb bestehen. Die Ursache derselben blieb unaufgeklärt, weil der Patient in die Operation nicht einwilligte. Arendt erklärt die Bildung der Spalte durch partielle Zerreissung der Intima, welche bei Wechsel und Entfernung der Tampons stattgefunden hatte. Die Venenwand war nach Ansicht Arendt's nur bis zur Intima abgeschnitten.

Fall von Loi[24]). Der 20jährige Patient stürzte auf ein Messer, das ihm in die Achselhöhle drang. Aufnahme 20 Minuten nach dem Vorfall mit stark blutender, tiefer Wunde. Feste Tamponade brachte die Blutung nicht zum Stillstand. Unterbindung der Vene. Am folgenden Tage beim Tamponwechsel Wiederkehr der Blutung. Genesung. 8 Tage blieb die Extremität geschwollen und cyanotisch.

Aus diesen spärlichen Beobachtungen ist es schwer, irgend welche bestimmte Schlussfolgerungen zu ziehen. Unzweifelhaft ist eins, nämlich dass vollständige Unterbindung der Vena pterygoidea vorübergehende, rasch verschwindende Störungen der Blutzirkulation herbeiführt, und in Folge dessen ist die Anlegung einer zirkulären Ligatur durchaus dort indizirt, wo dieselbe durch ein besseres Verfahren, d. h. durch Vernähung der Venenwunde, nicht ersetzt werden kann.

Verletzungen der Vena femoralis bildeten den Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit der Chirurgen. Ich möchte nicht auf die alte, längst in positivem Sinne erledigte Frage von der Zweckmässigkeit und Ungefährlichkeit der isolirten Unterbindung der Vena femoralis besonders eingehen und verweise Diejenigen, die sich für diese Frage besonders interessiren, an die schöne Arbeit B. N. Cholzow's, in der die Literatur der Frage eingehend berücksichtigt ist und die anatomischen Verhältnisse nach allen Richtungen hin beleuchtet sind. Die später ausgeführten Experimente von Trzebicki und Karpinski[25]), die etwas anders angeordnet waren, als diejenigen von B. N. Cholzow, ergaben im Wesentlichen ein und dasselbe Resultat, nämlich dass in den meisten Fällen bei Unterbindung der Vena femoralis communis der Abfluss des Blutes aus der unteren Extremität durch andere kollaterale Bahnen stattfand. Niebergall[26]), Baumann[27]), Jordan[28]), Sokolow[29]), Brohl[30]), Napalkow[31]), A. Bergmann[33]) entscheiden diese Frage auf Grund klinischer Beobachtungen und Angaben der Literatur, Müller[32]) auf Grund anatomischer Untersuchungen. Ohne mich in die Erörterung aller dieser mehr oder weniger interessanten Arbeiten einzulassen, möchte ich nur die neueren Beobachtungen über isolirte zufällige Verletzungen der Vena femoralis anführen. Die Zahl dieser Beobachtungen ist gering. B. N. Cholzow berichtet über fünf derartige Fälle, von denen drei (die Fälle von Roux, Gould und Linhart) ausgeschlossen werden können, da der erste äusserst mangelhaft beschrieben ist und in den übrigen beiden ausser der unterbundenen Vene auch die Arterie verletzt war. Es bleiben nur zwei Fälle (diejenigen von Larrey und E. Bergmann) zurück. Einer endete mit Genesung, der zweite endete tödtlich, und zwar in Folge von Pyämie. Zu diesen Fällen kann ich noch folgende sechs aus der neuesten Literatur hinzufügen.

Fall von Zaleski.*) 30jähriger Patient. Stichwunde, beigebracht mit einem Schustermesser unmittelbar unter dem Poupart-schen Bande. An demselben Tage starker Schüttelfrost und 40,0°. Die Wunde wurde eröffnet und tamponirt. Keine Blutung. Am folgenden Tage starke Schwellung des Oberschenkels. Cyanose und Narkose nicht vorhanden. Mach 3 Wochen Tod in Folge plötzlicher Blutung. Gerichtlich-medizinische Obduktion: Vena femoralis fast quer 1 cm oberhalb der Mündungsstelle der Vena saphena durchschnitten. Arterie intakt. Das periphere Ende der Vene ist verstopft, das zentrale Ende offen.

Fall von Demuth.**) 18jähriger Patient. Messerwunde unterhalb des rechten Poupart'schen Bandes. Kompression der blutenden Stelle. Eingeliefert ohne Puls. In die Spalte der Venenwand wurde ein Finger eingeführt und auf diese Weise die Blutung vorübergehend gestillt. Erweiterung der Wunde. Unterbindung des peripheren Endes der Vena femoralis: die Blutung stand nicht. Hierauf wurde die Wunde nach oben erweitert und das zentrale Ende unterbunden; nun stand die Blutung. Resektion eines 1,5 cm grossen Stückes der Vene zwischen 2 Ligaturen. Spalt 7 mm lang. Reinigung der Wunde. Umhüllung und senkrechte Suspension der Extremität. In den ersten Stunden war letztere cyanotisch, kühl bei Berührung und leicht ödematös. Am 3. Tage verschwand die Cyanose, am 5. war die Extremität vollständig normal. Die Wunde heilte unter geringer Eiterung. In der ersten Zeit stellte sich beim Gehen leichtes Oedem der Extremität ein. Nach 2 Monaten konnte der Patient bereits schwerer Arbeit (Schmiedearbeit) nachgehen. Die $4^1/_2$ Monate später vorgenommene Untersuchung ergab, dass die rechte Extremität trotz der andauernden, schweren Arbeit sich von der linken nicht unterscheidet, nur konnte Schläugelung und Erweiterung der oberflächlichen Venen im oberen Drittel des Oberschenkels, desgleichen oberhalb des rechten Poupart'schen Bandes wahrgenommen werden.

Fall von A. Bergmann.[33]) 17jähriger Patient stiess auf eine eiserne Stange. Der Versuch, die Blutung mittelst Tamponade zu stillen, misslang. An der rechten Vene femoralis, oberhalb der Mündungsstelle der Vena saphena befindet sich eine 1,5 cm lange Spalte. Zunächst wurde die Vena saphena unterbunden, dann eine Ligatur auf das periphere Ende der Vena femoralis angelegt. Die Blutung stand. Tamponade. Verband. Nach Entfernung der Tampons stellte sich die Blutung an demselben Tage wieder ein. Erweiterung der Inzision nach oben zu; Unterbindung des zentralen Endes, Resektion eines Venenstückes zwischen Ligaturen. An der vorderen Venenwand befand sich eine dreieckige Wunde. Hochlagerung der Extremität. Die leichte Cyanose verschwand am folgenden Tage. Das

*) Zitirt nach Niebergall. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXVII.

**) Ibidem.

leichte Oedem, das sich bei den ersten Gehversuchen eingestellt hatte, verschwand bald.

Fall von Commandeur.[34]) 35jähriger Patient wurde in der rechten Leistengegend durch einen Granatensplitter verletzt und $1^1/_2$ Stunden später im Zustande hochgradiger Anämie in das Krankenhaus eingeliefert. 15 cm lange und 8 cm breite Wunde im Scarpaschen Dreieck. Nach Entfernung der Splitter starke Blutung. M. sartorius zerrissen, M. pectineus im oberen und unteren Winkel freigelegt. A. femoralis intakt. Die laterale Wunde in der Vena femoralis, sowie die durchschnittene Vena saphena wurden in Klemmen gefasst, die am 4. Tage entfernt wurden. Die Wunde heilte aseptisch. Das eingetretene Oedem verschwand bald.

Fall von Ziegler.*) 36jähriger Patient stürzte auf einen eisernen Pflock, der von hinten in den linken Oberschenkel drang. Der Patient wurde in bewusstlosem Zustande eingeliefert. Vena femoralis in querer Richtung gespalten, oberhalb der Mündungsstelle der Vena saphena. Arterie intakt. Doppelte Unterbindung. Tampon. Nähte. Weder Cyanose, noch Oedem. Hochgradige Schmerzen im Unterschenkel und Paralyse des N. peroneus. Bluterguss in die Scheide des N. ischiadicus. Als der Patient zu gehen anfing, stellten sich am Fusse Oedeme ein. Die Paralyse des N. peroneus blieb bestehen. Entlassung nach $2^1/_2$ Monaten.

Fall von Fränkel.[35]) 21jähriger Patient wurde mit einem Federmesser in die linke Leistenbeuge gestochen und im Zustande hochgradiger Anämie in das Krankenhaus eingeliefert. Unterhalb des linken Poupart'schen Bandes befindet sich eine glatte longitudinale, 1—5 cm lange, von einem Blutgerinnsel geschlossene und nicht blutende Wunde. Weichtheile in deren Zirkumferenz leicht vorgestülpt. Operation in Chloroformnarkose ($^1/_2$ Stunde nach der Verletzung). Erweiterung der äusseren Wunde. Auf der vorderen Oberfläche der Vena femoralis befinden sich 2 glatte Wunden: die eine, höher gelegen, 4 mm, die zweite, etwas tiefer und inwärts gelegen, 2 mm gross. Nach Aufhebung des Fingerdruckes strömt aus beiden Wunden Blut. Beide Wunden wurden mittelst Knotennähte unter Anwendung einer Darmnadel vereinigt. In die Naht wurde die ganze Wand gefasst. Bei Aufhebung des Druckes füllte sich die Vene gleichmässig mit Blut. Tamponade, partielle Naht. Glatte Heilung ohne irgend welche Störungen der Blutzirkulation.

Es trat also unter 8 Fällen von isolirter Unterbindung der Vena femoralis bei nicht operativen Verletzungen derselben in 2 Fällen der Tod ein (die Fälle von E. Bergmann und Zaleski). Die Todesursache war in dem ersten Falle Pyämie, in dem zweiten Blutung aus der durchschnittenen und nicht unterbundenen Vene. Schliesst man diese beiden Fälle aus, in denen der Tod nicht durch Unterbindung des Gefässes bedingt war, so hat man 6 Fälle mit 6 Genesungen. Störungen der Blutzirkulation wurden in 4 Fällen beobachtet (die Fälle von Demuth, A. Bergmann, Commandeur und Ziegler), jedoch haben nur im Falle Ziegler's diese in Form eines Oedems aufgetretenen Störungen einen dauernden Charakter angenommen. Die Paralyse des N. peroneus war durch Bluterguss in den N. ischiadicus bedingt. In den übrigen Fällen verschwanden die eingetretenen Störungen der Blutzirkulation bald, und die Kranken konnten ihre schwere Arbeit wieder aufnehmen. A. Bergmann führt das Verschwinden der Oedeme in seinem Falle auf die vorgenommene Suspension der Extremität zurück.

Im Falle Commandeur's war das Lumen des Gefässes anscheinend erhalten; jedenfalls tritt der Autor für die Anwendung von Pincetten bei lateralen Wunden der A. femoralis als für ein Mittel ein, das das Lumen des Gefässes zu erhalten vermag. Im Falle Fraenkel's — dem einzigen, in dem bei zufälliger Verletzung der Vena femoralis eine Naht angelegt wurde — war die Erhaltung des Gefässlumens zweifellos, wodurch aller Wahrscheinlichkeit nach das Fehlen von konsekutiven Störungen im venösen Blutkreislauf erklärt wird.

*) l. c.

In den Fällen Fraenkel's und Commandeur's ist das vollständige Fehlen von primärer Blutung bei der Aufnahme beachtenswerth. Diese bei so oberflächlicher Lage der Vene beobachtete Erscheinung wird im Falle Commandeur's durch die Anwesenheit eines Fremdkörpers, der ähnlich wie ein Tampon wirkte, erklärt. In diesem Punkte stützt sich Commandeur auf Maubrac, der auf die Geringfügigkeit der Blutungen bei Schussverletzungen der grossen Venen hingewiesen hat. Im Falle Fraenkel's war das Nichteintreten einer Blutung durch Nachlassen des Blutdrucks und durch wahrscheinliche Kompression des Gefässes durch das in der Umgebung der Wunde angesammelte Blut bedingt. Unter der Einwirkung beider Ursachen konnte eine Verklebung der Ränder der Venenwunde und Bildung eines obturirenden Gerinnsels zu Stande kommen, was in einzelnen Fällen zu vollständiger Stillung der Blutung führen kann; in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle kommt es, ebenso wie bei Verletzung der gleichfalls oberflächlich liegenden Vena jugularis interna, unter der Einwirkung der steigenden Herzthätigkeit bei unvorsichtigen Bewegungen und Hustenstössen zum Klaffen der Wundränder der Vene und zu einer infausten sekundären Blutung, die, falls Hilfe nicht rechtzeitig geleistet wird, den letalen Ausgang herbeiführt.

In der Literatur sind Beschreibungen von zufälligen Verletzungen anderer grösserer Venen nicht vorhanden, wenn auch theoretisch die Eventualität einer Verletzung derselben sehr gross ist, besonders bei Schussverletzungen der Brusthöhle. Jedoch führen isolirte zufällige Verletzungen der Vena anonyma und der Vena cava superior wahrscheinlich zum Tode, noch bevor die Patienten auf den Operationstisch gelangen. Eine isolirte Verletzung der Vena anonyma ist nur in äusserst seltenen Fällen möglich, weil diese Vene mit der Arterie sich in enger Berührung befindet.

Nun möchte ich die zufälligen Verletzungen der grösseren Venenstämme einer allgemeinen Uebersicht unterziehen und die in Vorschlag gebrachten Behandlungsmethodern erörtern. Wenn man nur unsere eigenen Fälle in Betracht zieht, so sind von den 7 Kranken (3 mit Verletzung der Vena jugularis interna, 1 mit Verletzung der Vena subclavia, 1 mit Verletzung der Vena cava inferior und 2 mit Verletzung der Vena iliaca externa) 3 genesen und 4 gestorben. Gewiss ist die Zahl der Fälle sehr klein, um aus derselben einen Mortalitätsprozentsatz zu berechnen. Man muss jeden Fall einzeln beurtheilen, seine Individualität in Betracht ziehen und den Ausgang je nach dem Zustande des Kranken im Moment der Aufnahme, nach der Raschheit und Zweckmässigkeit der gelieferten chirurgischen Hilfe und der weiteren Pflege der Wunde beurtheilen.

Nun fragt es sich, was ist gefährlicher: die Verletzung einer Vene oder einer Arterie? Diese Frage auf dem Wege der Statistik zu beantworten, ist sehr schwer, auf Grund allgemein physiologischer Betrachtungen überhaupt unmöglich. Wenn die Blutung aus einer Vene einerseits dank dem niedrigrn Blutdruck in derselben und dem Vorhandensein von Klappen, welche den Rückfluss des Blutes aus dem zentralen Ende hemmen (was übrigens, wie aus den mitgetheilten Fällen ersichtlich, äusserst selten der Fall ist), weniger gefährlich ist, so vermag andererseits das Kontraktionsvermögen der Muskelschicht der Arterien die Blutung zum Stillstand zu bringen, sobald der Blutdruck bis zu einem gewissen Minimum gesunken ist. B. N. Cholzow nimmt an, dass Verletzungen der grossen Venen des Halses und der Extremitäten, wenn nicht mehr, so doch ebenso gefährlich sind, wie Verletzungen der Arterie. Die Gefährlichkeit wird

dadurch bedingt, dass eine spontane Blutstillung in Folge der geringen Kontraktibilität der Venenwandungen, sowie in Folge von Lufteintritt in die Venen, in denen negativer Druck herrscht, schwer zu Stande kommt. Jedoch ist bereits oben darauf hingewiesen worden, dass der Lufteintritt im Sinne einer Gefahr an und für sich eine unbedeutende Rolle spielt. Eine spontane Blutstillung wird gerade bei Verletzung grosser Venenstämme nicht selten beobachtet, und die Verletzten gehen häufiger an sekundärer, als an primärer Blutung zu Grunde. Ich persönlich hätte im Gegentheil annehmen mögen, dass Verletzungen (besonders zufällige) von grossen Arterien weit gefährlicher sind, als Verletzungen von Venen. Uebrigens dürfte man nur bei gleichartigen Faktoren Vergleiche anstellen und Schlüsse ziehen können. Die Blutzirkulations- und Blutstillungsverhältnisse sind aber in den Arterien und Venen zu verschieden, als dass man auf dem Wege des Vergleichs eine richtige Vorstellung von den Gefahren der Blutung aus den einen, wie aus den anderen hätte gewinnen können. Ich möchte meine Ansicht folgendermassen formuliren: Verletzungen von Venen sind ebenso gefährlich, wie Verletzungen von Arterien; sowohl die einen, wie die anderen erheischen eine sofortige chirurgische Hilfe, zu deren Erörterung ich nun übergehe.

Auf dem ersten Plan steht bei der Behandlung der Venenwunden natürlich die Tamponade als das leichteste und rascheste Blutstillungsverfahren. Das Gebiet der Anwendung derselben ist gegenwärtig jedoch stark eingeengt. Die Tamponade (cf. Fall 3) ist bei zufälligen Verletzungen nur dort angezeigt, wo es in Folge anatomischer Verhältnisse unmöglich ist, an die Vene heranzukommen und andere, bessere Blutstillungsmethoden anzuwenden. Als Regel muss die Tamponade ein temporäres Mittel bis zur Besichtigung und Erweiterung der Wunde sein. Die einzig zweckmässigen Blutstillungsmethoden bei Venenverletzungen sind die zirkuläre Unterbindung und die Naht der Venenwunde. Ich habe schon oben darauf hingewiesen, dass die laterale Ligatur meiner Meinung nach für sich keine Indikationen hat. Dort, wo man eine laterale Ligatur anlegen kann, kann man auch zu der ungefährlichen und (unter gewissen Verhältnissen) vollständig zuverlässigen Naht greifen. In der Literatur der späteren Zeit (nach den Arbeiten von Cholzow und Niebergall) fand ich nur einen Fall (cf. den oben angeführten Fall von Klemm) von Anlegung einer lateralen Ligatur bei zufälliger Verletzung der Vena subclavia. Der Fall endete günstig. Nichtsdestoweniger hätte man, wie aus der Beschreibung ersichtlich ist, die unzuverlässige Ligatur ganz gut durch eine sichere Naht ersetzen können.

Die Anlegung von Pincetten auf Venenwunden bei zufälligen Verletzungen der Venen ist äusserst selten angewendet worden. Mit der Zeit wird dieses Verfahren nur noch der Vergangenheit angehören, da die Uebelstände desselben zu deutlich und die Vorzüge zu geringfügig sind. Zu diesem Verfahren griff Herbing bei Verletzung der Vena subclavia und erlebte dabei eine ausserordentlich heftige sekundäre Blutung am dritten Tage nach der Entfernung der Pincetten. Arendt hat dieses Verfahren bei Verletzung der Vena pterygoidea, Commandeur bei Verletzung der Vena femoralis angewandt. Commandeur sucht die Anlegung von Pincetten in seinem Falle dadurch zu rechtfertigen, dass die Wundränder gequetscht waren, und dass man sich also auf die Naht nicht verlassen konnte. Aber in diesem Falle giebt die zirkuläre Ligatur günstigere Chancen für die Wundheilung, um so mehr als die Erhaltung des Lumens, worauf Commandeur gerechnet hat, bei der Anlegung von Pincetten kaum möglich ist. Der weitere Verlauf hat die Hoffnung Commandeurs getrogen, und es ist doch zu Störungen der Blutzirkulation gekommen.

Die Frage der Venennaht wurde von vielen Chirurgen studirt, in Russland von Tichow*) und Napalkow. Die im Jahre 1900 erschienene Arbeit des letzteren Autors enthält ausführliche Literaturangaben und eigene Experimente, über deren Resultate ich oben gesprochen habe. Napalkow fand, dass Venenwunden selbst bei Anwendung einer dreikantigen Nadel auch ohne Umnähung mit der Scheide gut schliessen. Eine konsekutive Blutung trat bei Vernähung der Wunde nur in zwei Fällen am vierten bis sechsten Tage ein (im Ganzen hat Napalkow an Venen 10 Experimente vorgenommen). In beiden Fällen war die Ursache der Blutung eingetretene Eiterung. Bei aseptischem Verlauf kam es zu einer sekundären Blutung nicht. Napalkow glaubt jedoch, die von Schede und Cholzow ausgesprochene Vermuthung, dass ein primäres Verwachsen der Intima ohne jegliche Ablagerung von Gerinnseln möglich sei, nicht bestätigen zu können. Die Ablagerung von Gerinnseln bedroht übrigens die Permeabilität der Gefässe nur bei starker mechanischer Verengerung des Lumens, wie dies bei zirkulärer Naht der Fall ist. Aber wenn auch die Permeabilität verloren gehen sollte, so wird dies langsam eintreten, so dass kollaterale Bahnen noch rechtzeitig entstehen werden. Taddei[36]) fand, dass bei Kaninchen bei Anlegung von lateralen Nähten auf Venenwunden die Wiederherstellung der Kontinuität durch Ablagerung eines keilförmigen Pfropfens an der Nahtstelle geschieht und dass nach zwei Monaten die Venenwand an Stelle der Nahtanlegung ihr normales Aussehen bekommt. Die klinische Beobachtung lehrt (cf. den oben mitgetheilten Fall von Kümmel), dass man auch bei vollständiger Durchschneidung der Gefässe durch Zusammennähung Wiederherstellung der Blutzirkulation erreichen kann. Es ist zweifellos, dass das Gebiet der Nahtanlegung mit der fortschreitenden Entwickelung der Technik derselben sich erweitern wird, und zwar nicht nur bei longitudinalen, sondern auch bei queren Wunden. Derselbe Taddei geht noch weiter und schlägt vor, selbst Plastik der Venenwandungen vorzunehmen, und zwar in der Weise, dass man aus derselben ein Stück in Form eines Lorbeerblattes ausschneidet und die longitudinale Wunde in querer Richtung vernäht. Taddei entfernte aus der Venenwand viereckige Stücke, die nicht weniger als $1/3$ der Zirkumferenz der Gefässe ausmachten, führte vom oberen Rand der Wunde parallele Schnitte und rückte den gebildeten viereckigen Lappen auf den Defekt heran. Die Blutzirkulation ging nach der Versicherung Tadde's fast ohne Hinderung vor sich.

Eine Blutstillung durch Naht bei zufälligen Verletzungen von grösseren Venenstämmen ist nur in drei Fällen erfolgt: es sind die Fälle von Paska (bei Verletzung der Vena jugularis), der meinige (bei Verletzung der Vena subclavia) und von Fraenkel (bei Verletzung der Vena femoralis). Im Falle Körtes führte die Nahtanlegung nicht zum Ziele. Sieht man von dem Falle Paskas ab (die Lage der Wunde ist nicht angegeben), so bleiben zwei Fälle von erfolgreicher Nahtanlegung zurück. In beiden Fällen handelte es sich um eine longitudinale Wunde, und die Nahtanlegung bot keine Schwierigkeiten. Es ist zweifellos, dass die Nahtanlegung bei queren Wunden technisch sehr schwierig ist, aber sie ist unter gewissen Verhältnissen (vorangehender Blutstillung mittelst Anlegung von Pincetten, Narkose des Kranken, Operiren unter günstigen Verhältnissen) durchaus erreichbar und muss als ideales Blutstillungsverfahren das Ziel unserer operativen Bestrebungen werden.

Die erste Bedingung zur erfolgreichen Nahtanlegung ist aseptischer Zustand der Wunde. Bei zufälligen Verletzungen kann man natürlich von vollständiger Asepsis der Wunde

*) Chirurgitschesvaja Sjetopirs, Bd. IV, S. 916.

nicht sprechen; nichtsdestoweniger ist die Naht in frischen Fällen, in denen die Verletzten auf den Operationstisch $1/2$ bis 1 Stunde nach der Verletzung, vor der Entwicklung von entzündlichen Erscheinungen gelangen, direkt indizirt, wenn sich deren Anlegung keine anatomischen Verhältnisse und der Zustand der Wunde der Venenwand nicht hindernd in den Weg legen. Arteriosklerose und hohes Alter bilden nach Napalkow keine Kontraindikation.

Nun möchte ich meine vorstehenden Ausführungen folgendermassen resumiren:

1. Es giebt keine Vene im Körper des Menschen (vielleicht mit Ausnahme der Vena cava superior und inferior nicht weit von ihren Mündungsstellen in den rechten Vorhof), welche der Operateur zu unterbinden nicht berechtigt wäre in denjenigen Fällen, wo die Unterbindung durch Naht nicht ersetzt werden kann.

2. In sämmtlichen Fällen von Venenverletzung ist die Erhaltung des Gefässlumens anzustreben, trotzdem die Gefahr einer nach der zirkulären Unterbindung eintretenden Störung nicht gross ist.

3. Die Hauptgefahr bei zufälligen Verletzungen besteht in primärer bezw. sekundärer Blutung. Lufteintritt spielt eine geringfügige Rolle.

4. Am häufigsten unterliegen zufälligen Verletzungen die am oberflächlichsten gelegenen Vena jugularis interna und Vena femoralis; es folgen dann die Vena subclavia und die Vena axillaris; zufällige isolirte Verletzungen anderer Venenstämme sind äusserst selten.

Literatur.

1. Oppel. Letopis Russki Chirurgij, 1898, H. 3, S. 411.
2. Popow. Chirurgija, 1900, Bd. 8, S. 37.
3. Pasca. Bollettino della Societa Lancisiana. Ref. nach Virchow-Hirschs Jahresbericht, 1896.
4. Schestopal. Russisches Archiv f. Bakteriologie, klinische Medizin und Pathologie, 1898, Bd. 5, S. 51, 137.
5. Dabrowski. Przeglad chirurgiczny, Bd. II. Ref. nach Centralblatt f. Chirurgie, 1895, No. 5, S. 119.
6. Cholzow. Chirurgitscheskij Westnik, 1892, Juni-Dezember.
7. Grekow. Bolnitschnaja Gazeta Botkina, 1897, No. 47 u. 48.
8. Rohrbach. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 17.
9. Kummer. Revue de chirurgie, 1899, S. 531.
10. Kümmel. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1900, Bd. 26, S. 128.
11. Napalkow. Naht des Herzens und der Blutgefässe. Dissertation Moskau, 1900.
12. Klemm. Deutsche medizin. Wochenschrift 1897, No. 18, S. 279.
13. Herbing. Centralblatt f. Chirurgie, 1893, No. 30.
14. Körte. Ibidem, 1899, No. 16.
15. Ziegler. Münchener medizin. Wochenschr. 1897, No. 27 u. 28.
16. König. Berliner klin. Wochenschr., 1900, No. 2–5.
17. Weljaminow. Chirurgitscheskij Westnik, 1893, Juni. Protokolle der chirurgischen Gesellschaft Pirogows, S. 10.
18. Lindner. Münchener medizin. Wochenschr., 1901, No. 48.
19. Zoege v. Manteuffel. Centralbl. f. Chirurgie, 1899, No. 27, S. 763.
20. Robson. British Medical Journal, 1897, 10. Jan.
21. Koslowski. Chirurgija, 1897, Bd. I, S. 219.
22. Thiel. Centralbl. f. Chirurgie, 1899, No. 46.
23. Arendt. Ibidem, 1893, No. 34.
24. Loi. Gazzetta degli ospedali, 1898, S. 155.
25. Trzebicky u. Karpinski. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. XLV
26. Niebergall. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 27, S. 268.
27. Baumann. Centralbl. f. Chirurgie, 1896, No. 5.
28. Jordan. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1895, Bd. 14.
29. Sokolow. Medicinskoe Obosrenie, 1896, No. 14.
30. Brohl. Centralbl. f. Chirurgie, 1896, No. 17.
31. Napalkow. Chirurgija, 1897, Bd. II, S. 47.
32. Müller. Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1897.
33. A. Bergmann, Centralbl. f. Chirurgie, 1893, No. 17.
34. Commandeur. Lyon médical, 1895, No. 14.
35. Fränkel. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1901, Bd. 30, S. 81.
36. Taddei. Gazzetta degli ospedali, 1901, 1. Oktober.

Referate.

Chirurgie.

Ueber einen Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus.

Von Dr. Pan-Kasan.

(Russki Wratsch 1902, Nr. 33.)

Pan wurde eines Tages zu einem 12jährigen Mädchen wegen hochgradigen Blutspeiens gerufen. Aus der Anamnese stellte sich heraus, dass das Kind früher stets vollkommen gesund gewesen war und nur ab und zu fieberhafte Temperaturbewegungen gezeigt hatte. Eltern gesund. Anzeichen von Syphilis und Tuberkulose nicht vorhanden. Den Beginn der Erkrankung führen die Eltern auf einen vom Kinde Ende August oder Anfang September 1899 erlittenen Unfall zurück, der darin bestand, dass das Mädchen, auf dem Hofe spielend, in eine Dunggrube gestürzt war und dabei von der Dungjauche etwas verschluckt hatte, zurück. Seit dieser Zeit hüstelte das Kind, litt an Athemnoth, an Appetitlosigkeit und empfand bei jeder Bewegung einen tiefen Schmerz im Gebiet der rechten Brustwarze. Beim Husten entleerte sich sehr wenig schleimigen Auswurfs, der bisweilen mit Blut untermischt war. Die Untersuchung ergab: Einziehung der 6 unteren Interkostalräume rechts; Athmung 28 Züge in der Minute, Dämpfung im unteren Theile der rechten Hälfte des Brustkorbes, deutlicher Lungenschall im oberen Theile derselben Seite und in der ganzen linken Hälfte des Brustkorbes. Die obere Grenze der Dämpfung verlief durch folgende Punkte: rechts an der vorderen Vertebrallinie in der Richtung zum Dornfortsatz des dritten Brustwirbels, an der rechten Skapularlinie — durch den Angulus scapulae, drei Querfingerbreiten oberhalb desselben, an der mittleren Axillarlinie rechts unter der Achselhöhle selbst, an der rechten Mammillarlinie an der fünften Rippe, an der rechten Pleurasternallinie an der sechsten Rippe. Die untere Grenze der Dämpfung ging direkt in die Leberdämpfung über. Im Gebiet der Dämpfung waren Rasselgeräusche nicht zu hören. Bei Lagewechsel trat eine Aenderung des Schalles nicht ein. Im Gebiet des Lungenschalles überall vesikuläres Athmen. Im vierten Interkostalraum rechts waren an einer ca. thalergrossen Stelle klingende, subkrepitirende Rasselgeräusche zu hören. Im Herzen an der Spitze zwei deutliche Töne. Pulmonalton accentuirt, der rechte Herzventrikel hypertrophisch. Temperatur 36,8—37,0 morgens und 37,5—37,8 abends; des Nachts Schweisse. Dieses klinische Bild hielt unverändert vier Monate lang an; dann hustete eines Tages das Kind nach einem hartnäckigen und quälenden Hustenanfall ein „Stückchen Fleisch", das in der Mitte einen Kirschstein enthielt, aus. Hierauf änderte sich das Bild sofort: dort, wo der Schall gedämpft war, hörte man reinen Lungenschall. Die Accentuirung des Pulmonaltones verschwand, desgleichen die Hypertrophie des rechten Herzventrikels. Husten und Asthma haben bedeutend nachgelassen, nur die klingenden Geräusche im vierten Interkostalraum blieben noch zwei Monate bestehen, um dann mit dem Husten endgiltig zu verschwinden. Das Kind erholte sich rasch und ist gegenwärtig ein vollständig gesundes, blühendes Mädchen. Die Behandlung war eine symptomatische, da in eine chirurgische Intervention nicht eingewilligt wurde. Die besonders beachtenswerthen Momente dieses Falles bestehen darin, dass der Fremdkörper hier zur Zusammenschrumpfung des ganzen unteren

rechten Lungenlappens geführt hat, zweitens dass nach Entfernung des Fremdkörpers der vier Monate lang zusammengeschrumpft gewesene Lungenlappen sofort wieder zu funktioniren begonnen hat, und schliesslich, dass der mit der Dungjauche in die Athmungswege gelangte Fremdkörper nur eine zirkumskripte Entzündung des Lungengewebes um sich herum und nicht, wie das häufig in solchen Fällen der Fall zu sein pflegt, eine Nekrose oder einen Abszess bewirkt hat. Lb.

Fremdkörper in der Herzwand und Karies der Wirbelsäule bei einem 13jährigen Knaben.

Von Dr. B. Fischer, Assistent am pathol. Institut in Bonn.

(D. med. Wochenschr. 1902, No. 35.)

Bei einem 13jährigen Schüler hatte sich nach einem vor zwei Jahren geschehenen Fall auf dem Eise anscheinend eine linksseitige Hüftgelenksentzündung gebildet. Bei der Operation wurde ein Abszess in der Nähe des Hüftgelenks gefunden, von dem aus man später rauhe Vorder- und Seitenflächen des VII.—IX. Brustwirbels abtasten konnte. Im Sekret fanden sich keine Tuberkelbazillen. Auffallend war vom Anfang der Erkrankung an die auch im (nicht immer geraden) Verhältniss zur Temperatur hohe Zahl des Pulses, der unregelmässig, oft aussetzend und durch Digitalis nicht zu beeinflussen war. Unter Amyloiderscheinungen, Herzschwäche, Thrombose der Vv. iliacae erfolgte der Tod am 16. Januar 1902.

Bei der Sektion ergaben sich als Hauptbefunde: Karies an der Vorder- und Seitenfläche des VII.—XII. Brustwirbels, Verwachsung des grössten Theiles des Herzbeutels mit dem Herzen und in der Wand der rechten Kammer etwas nach hinten zu, eingebettet in festes fibriöses Gewebe, eine 3 cm lange Nadel. Die Spitze sah nach dem Vorhofe, das stumpfe Ende nach der Herzspitze. Am Herzen fanden sich sonst keine makro- und mikroskopischen Befunde.

Die Nadel muss nach den vorgefundenen Veränderungen schon ziemlich lange sich im Herzen befunden haben. Für den Eingangsweg kommen hier in Betracht: Durchbohrung der Haut oder der Speiseröhren- oder Magenwand. Narben wurden an keiner dieser Stellen entdeckt; sie wurden freilich in vielen Fällen der Literatur vermisst. Verf. erörtert die topographisch-anatomischen Verhältnisse, welche für ein Eindringen von der Speiseröhre oder dem Magen aus in das Herz erleichternd oder erschwerend in Betracht kommen und hält es für das Wahrscheinlichste, dass die Nadel durch die Speiseröhre gewandert ist, da keine Verwachsung zwischen Magen und Zwerchfell bestand.

Die bei der Sektion zunächst entstandene Annahme, die Nadel hätte von der Speiseröhre aus auch die Wirbelsäule verletzt, wird sehr erschüttert durch den später noch gelungenen Nachweis von typischen Tuberkeln und von Tuberkelbazillen in den kariösen Herden der Wirbelsäule.

Angeschlossen sind die Literaturnachweise von 14 Fällen, in denen Fremdkörper von der Speiseröhre oder dem Magen aus in das Herz gedrungen waren.

E. Wullenweber-Schleswig.

Unfallverletzung mit Todesfolge.

Tod durch Inkarzeration einer traumatischen Hernia diaphragmatica.

Von Landgerichtsarzt Dr. Erdt-Schweinfurt.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 36.)

Ein 24jähriger Zimmermann wurde beim Einsturz eines Daches von Balken in der Weise verschüttet, dass, während der Kopf frei war, quer über den Rücken ein Balken lag, ein zweiter senkrecht dazu, die ganze linke Seite des Mannes bedeckend.

Am vierten Tage nach der Verletzung starb der Patient, unter Frequenterwerden der Athmung, zunehmender Unruhe, zunehmenden Schmerzen in Leib und Brust, häufiger werdendem Erbrechen, Aufhören der Blähungen, Herzschwäche. Anfänglich war ausser einer Luxation des linken Oberschenkels (obturatoria) und vielfachen Hautabschürfungen nur eine sehr heftige Schmerzhaftigkeit der linken Brustseite und des Rückens festzustellen gewesen.

Die am Tage nach dem Tode stattfindende gerichtliche Sektion stellte einen handbreiten unregelmässigen Riss im muskulären Theil der linken Zwerchfellhälfte fest, durch welchen der stark gefüllte Magen, ein grosser Theil des Kolon und ein Stück Netz in die Brusthöhle eingetreten waren, die linke Lunge zu einem kleinen grauen Klumpen komprimirt und das Herz ganz weit nach rechts verdrängt hatten, so dass dieser den rechten mittleren Lungenlappen bis zum Zustand der Atelektase zusammengedrückt hatte; die linke sechste, siebente, achte und neunte Rippe waren in der Achsellinie gebrochen, die Pleura im Bereich der siebenten Rippe zerrissen. Blutig seröser Erguss in die linke Pleurahöhle, Blutergüsse in Milz- und Beckenmuskulatur und in das Skrotum. Seelhorst.

Tödtliche Blutung in die Bursa omentalis unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses verlaufend.

Von Dr. Carl Grassmann-München.

(Münch. Med. Woch., 1902, No. 32.)

Kein Trauma sondern spontane Blutung aus einem Adenom einer cirrhotisch entartenden Leber (Lobus Spigelii) mit Berstung der Leberkapsel war die Todesursache in einem, unter plötzlich eingetretenen Erscheinungen eines Verschlusses des Querkolon in die Behandlung des Verfassers gekommenen Falle. Eine Laparotomie mit Tamponade der unteren Leberfläche konnte den tödtlichen Ausgang nicht aufhalten, welcher 35 Stunden nach dem Beginn der Erkrankung erfolgte. Erst die Obduktion deckte den Befund klar auf. Die Darmverschlusserscheinungen wurden erklärt durch Druck der prall mit Blutgerinnsel angefüllten Bursa omentalis, in welche das Blut durchs Foramen Winslowii aus dem ihm direkt anliegenden Lobus Spigelii eingelaufen war, auf Magen und Querkolon.

Bemerkenswerth ist, dass Zeichen des Blutverlustes vor der Operation nicht bemerkbar waren. Bei derartiger Entartung des sonst gegen Verletzungen so geschützt liegenden Lobus Spigelii könnte auch ein Trauma eine Blutung herbeiführen, ein Umstand, der dem Falle unfallgutachtliches Interesse verleiht. Seelhorst.

Neurologie.

Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren und des chronischen Hydrocephalus.

Von Rudolf Finkelnburg.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 21. Band, 5. und 6. Heft.)

Verf. bearbeitet in vorliegendem Aufsatz das Material der Bonner Klinik aus den letzten 10 Jahren, im Ganzen 67 Fälle, in diagnostischer, symptomatologischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht.

In 4, auch durch die Obduktion bestätigten Fällen von Kleinhirntumor fehlte die Stauungspapille. Dreimal liess sich durch Lageveränderung des Kopfes eine Verschlimmerung der subjektiven Beschwerden (Kopfschmerz, Schwindel) hervorrufen und objektive Veränderungen der Herzthätigkeit (Irregularität, Beschleunigung, Verlangsamung des Pulses) und der Athmungsthätigkeit (Cheyne-Stokes'sches Athmen) auslösen. Frühzeitiges Auftreten von Herz- und Athmungsstörungen spricht für einen unterhalb des Hirnzelts gelegenen Tumor. Die Prognose scheint in derartigen Fällen besonders schlecht zu sein; der Tod trat plötzlich, 3, 6 beziehungsweise 12 Wochen nach dem ersten Auftreten cerebraler Erscheinungen ein.

In $^1/_4$ der Zahl der Grosshirntumoren war der Patellarreflex gesteigert auf der dem Hirnherd gegenüberliegenden Seite, auch ohne gleichzeitige motorische Funktionsstörung. In einem Fall von Tumor des rechten Stirnbeins waren die Patellarreflexe beiderseits erheblich geschwächt, offenbar auf Grund der bekannten Veränderungen in den Rückenmarkshintersträngen bei Hirntumoren. Einseitiges Fehlen des Bauchreflexes kann diagnostisch werthvoll sein. Bei einem Tumor des vierten Ventrikels wurden bulbäre Erscheinungen vermisst; der Symptomenkomplex trug einen unbestimmten, funktionellen Charakter. Ein Kranker mit Tumor der seitlichen Theile des Türkensattels hatte 16 Jahre lang halbseitigen und zwar gleichseitigen, periodischen Kopfschmerz. In einem Falle wurde mehrmalige Besserung nach Jodkali und Quecksilber bei multiplen Sarkomen beobachtet, so dass fälschlicher Weise Gummata angenommen wurden. Zweimal trat plötzlicher Tod nach einer Lumbalpunktion auf; ein direkter ursächlicher Zusammenhang ist nicht ohne Weiteres anzunehmen, da plötzliche Todesfälle bei Hirntumoren auch so beobachtet werden.

Ernst Schultze.

Die Frühdiagnose der Gehirnlues.

Von Prof. W. Tschisch-Dorpat.

(Journal of Mental Pathology. Juli 1901.)

Die Frühdiagnose von Lues cerebri ist sehr wichtig, denn nirgends sonst ist die Prognose von der rechtzeitigen Diagnose abhängiger als hierbei. Lues cerebri, sagt Verfasser, ist heilbar, wenn sie im Frühstadium erkannt wird, sonst sterben die Patienten entweder an ihren direkten Folgen oder an Paralyse.

Von den Frühsymptomen ist diffuser, dumpfer Kopfschmerz charakteristisch. Dieses Symptom führt freilich öfter zu schwerwiegenden diagnostischen Irrthümern. Häufig wird er für neurasthenischen Kopfschmerz gehalten, von dem er sich besonders durch sein Auftreten bei Nacht unterscheidet. Der Neurastheniker fühlt sich morgens matt und abends wohl, umgekehrt ist es bei Lues cerebri. In seltenen Fällen fehlt das Kopfweh. Manchmal wird man trotz sorgfältiger Behandlung von Paralyse überrascht.

Schlaflosigkeit ist ein anderes nur bei einer Minorität vorkommendes Symptom, das viele Patienten im Anfang übersehen würden, wenn sie nicht danach gefragt werden. Immerhin giebt es Fälle mit hartnäckiger Schlaflosigkeit als Frühsymptom, wobei die Anamnese eine etwa 5 bis 20 Jahre zuvor durchgemachte Lues ergiebt. Derlei Fälle heilen oft überraschend rasch in ein paar Tagen. Bei nichtneurasthenischen Menschen mittleren Alters ist eine genaue Nachforschung von grosser Wichtigkeit. Man muss dabei immer an beginnende Lues cerebri denken und entsprechend therapeutisch vorgehen.

Ungleichheit der Pupillen hat weniger symptomatischen Werth, als ihr zugeschrieben wird. Einmal muss man sich vergewissern, ob die Pupillen vorher gleich waren, dann ob eine Akkommodations- oder Refraktionsanomalie vorliegt. Wenige Patienten können korrekte Angaben machen, wann die Ungleichheit einsetzte. Weder Ungleichheit noch die Reflexe sind frühe Zeichen; sie sind keine Hilfsmittel der Frühdiagnose, sie sind schon Zeichen von tiefgreifender Störung im Hirngewebe.

Die Knie- und Sehnenreflexe haben, sowohl was Steigerung als Herabsetzung betrifft, nur dann symptomatischen Werth, wenn der Untersucher schon vor der Krankheit ihr Verhalten kannte.

Das Allgemeinbefinden ändert sich gewöhnlich erst später.

Den Hauptwerth bei der Frühdiagnose legt Tschisch auf die Zeichen von Seiten des Gefässsystems, speziell die Arteriosklerose. Sind die Retinalgefässe affizirt, so ist das schon ein Zeichen vorgeschrittener Erkrankung mit ungünstiger Prognose. Die Prädilektionsstelle ist der vordere Ast der Temporalis und zwar in der Nähe der Haargrenze etwa in der Mitte der Schläfe. Arteriosklerose an dieser Stelle ist das wichtigste diagnostische Zeichen der Lues cerebri, das nur in seltenen Fällen fehlt. Weiter zieht Verfasser folgende Schlüsse: Meist beginnt der Prozess an der linken Seite, bei seinen 22 Fällen waren nur zwei Ausnahmen.

Diese Arteriosklerose ist ex iuvantibus ein absolutes Zeichen von Lues cerebri.

Die Differentialdiagnose zwischen Arteriosklerose bei Lues cerebri und chronischem Alkoholismus wird gestellt aus der Krankengeschichte. Arteriosklerose bei Alkoholismus tritt erst nach jahrelangem Abusus spirituos. auf. In Mischfällen fängt die Arteriosklerose früh an.

In der Schlussbemerkung sagt Verfasser, dass psychopathische oder neuropathische Personen nie an Arteriosklerose durch Lues cerebri leiden. Solche Leute bekommen nur ausnahmsweise Lues cerebi oder Paralyse. In zweifelhaften Fällen kann dies diagnostisch verwerthet werden. Er verweist auf die ähnlichen Erfahrungen von Joffroy und Jombault.

L. Mann-Ulm.

Die psychogene Pseudomeningitis.

Von Hugo Starck.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 21. Band, 5. u. 6. Heft.)

Unter Pseudomeningitis versteht man nach dem Vorgange der Franzosen einen Symptomenkomplex, der dem der Meningitis gleicht, der aber seelischen Ursprungs ist und niemals zum Tode führt.

Einen einschlägigen, bemerkenswerthen Fall theilt Verf. mit. Der Fall verdient besonderes Interesse wegen der ausführlichen Mittheilung der Lebensgeschichte des Kranken: Er wurde von Mitte 1899 bis Ende 1901 in den verschiedensten Krankenhäusern im Ganzen 14 mal aufgenommen. Bald wurde Meningitis (tuberkulöse oder epidemische), bald Tumor cerebri, Hydrocephalus acutus, Wirbelcaries, Tetanus traumaticus diagnostizirt; des Oefteren wurde die Uebertreibung hervorgehoben, einmal wurde auch Hysterie angenommen. Meningitis wurde siebenmal diagnostizirt, und in der That wurde kaum eines ihrer Symptome vermisst. Meist sind verzeichnet Fieber, Nackensteifigkeit, Schmerzen im Kopf, Nacken und im Verlauf der Wirbelsäule, Erbrechen, Obstipation, Hyperästhesie der Haut und Muskeln, Rigidität der Nacken- und Extremitätenmuskulatur, verlangsamte Herzaktion, gesteigerte Reflexe, Krampfanfälle der verschiedensten Art.

Auch der Verf. kam auf Grund seiner Untersuchung zuerst zu der Diagnose Meningitis; doch machten ihn manche Widersprüche im Krankheitsbilde (normale Temperatur, fast unnatürlich schwere Kontraste des Befindens innerhalb kurzer Zeit; korrekte Antworten trotz anscheinend tiefer Somnolenz, leichte Ablenkbarkeit von seinen Schmerzen, gleicher therapeutischer Effekt von Morphium und aqua destillata) stutzig, und eine Hypnose stellte innerhalb $^3/_4$ Stunden den Kranken fast völlig wieder her von seinen bedrohlichen Erscheinungen.

Nachdem Verf. die Lebensgeschichte seines Patienten kennen gelernt hatte, kam er zu der Ueberzeugung, dass dieser ein psychisch abnormes Individuum sei, das theils durch wissentlichen Betrug, theils auf unbeabsichtigtem, psychogenem Wege im Stande sei, eine organische Erkrankung ausserordentlich geschickt vorzutäuschen. Während er in Heidelberg ausser einem, seiner Natur nach zuerst verkannten Anfall kein Anzeichen von Hysterie bot, waren solche andernorts in grösster Menge und in buntester Mannigfaltigkeit konstatirt. Während seiner langen Spitalpraxis — oder, wie einer

meiner früheren Chefs sich ausdrückte, Mensurpraxis — hatte er wohl einen oder mehrere Fälle von Meningitis gesehen, die sich seiner Psyche so lebhaft einzuprägen vermochten, dass eine Reproduktion auf psychogenem Wege gelegentlich zum Vorschein kam. Aerztliche Besprechungen an seinem Krankenbette, schriftliche Bescheinigungen seitens des betreffenden Krankenhauses werden mitgewirkt haben.

Verf. stellt 18 Fälle aus der französischen Literatur — in Deutschland ist die psychogene Pseudomeningitis nur wenig bekannt — zusammen und entwirft an der Hand dieser Beobachtungen ein kurzes Krankheitsbild.

Auffallend ist die unerwartete Wendung zur Besserung, die oft über Nacht eintritt, trotzdem vorher die schwersten Krankheitserscheinungen vorlagen. Selten lassen sich in der Anamnese, im Verlauf oder im Abklingen der stürmischen Erscheinungen Symptome vermissen, die auf Hysterie deuten. Das weibliche Geschlecht ist bevorzugt (17 Weiber : 2 Männer). Fast stets löst eine bestimmte Ursache wie psychische Erregung den Anfall aus. Vor Allem sind vorhanden: Kopfschmerzen, Erbrechen (typisches cerebrales, ohne Nausea), Obstipation, Nackenschmerz, Nackensteifigkeit, Rigidität der Nackenmuskeln, Krampfzustände, vasomotorische Lähmungen, Tâches méningitiques, Hyperästhesie der Haut und der Sinnesorgane; das Sensorium ist auffallend benommen trotz nicht oder nur wenig erhöhter Temperatur. Wichtig für eine richtige Diagnose sind: Anzeichen früherer Hysterie, auffallende psychische Veränderung der Kranken vor dem Anfall, hysterische Stigmata, Kontrast zwischen schwerem Symtomenkomplex und vorzüglichem Allgemeinzustand, Fehlen einer erheblichen Abmagerung, verblüffend rasche Heilung, Effekt einer psychischen Behandlung, Auftreten von ähnlich gestalteten Rezidiven.

Vor Allem liegt die Gefahr nahe, dass eine tuberkulöse Meningitis vorgetäuscht wird; und dieser Umstand stellt die sogenannten Heilungen von tuberkulöser Meningitis in ein recht fragwürdiges Licht. Ernst Schultze.

Gynäkologie.

Zwei Fälle von Fremdkörpern im Uterus.

Von Dr. E. Toff, Frauenarzt in Braila, Rumänien.
(Münch. med. W. 1902, No. 38.)

Bei einer 31jährigen Wittfrau entfernte Verfasser aus dem Uterus einen 30 cm langen, 2 Finger breiten Jodoformgazestreifen, welcher vor einem Jahr bei Gelegenheit einer Abortbehandlung eingeführt worden war und das ganze Jahr hindurch heftige Leib- und Kreuzschmerzen und Ausfluss verschuldet hatte.

Im anderen Falle wurde bei Gelegenheit der Behandlung einer abundanten Blutung aus dem Uterus einer 27jährigen Schwangeren ein 5 cm langes, $2^1/_2$ mm dickes Stäbchen von Helleborus niger mit der Plazenta zu Tage gefördert, welches zu abortivem Zwecke eingeführt worden war. „Dieser — gewerbsmässig betriebenen — Aborteinleitung steht man leider machtlos gegenüber, da die Patientin dem Gesetz nach Mitschuldige ist und man die dem Arzt übrigens unbekannte Urheberin nicht denunziren kann, ohne die Kranke ebenfalls dem Gericht auszuliefern und so das ärztliche Geheimniss preiszugeben.“ Seelhorst.

Beitrag zur instrumentellen Perforation des Uterus.

Von Schultze-Vellinghausen.
(Centralbl. f. Gyn., Nr. 27/1902).

Verfasser hat zwei Fälle mikroskopisch untersucht, bei denen von ihm gelegentlich einer Sondirung bzw. Kurettage mit grösster Leichtigkeit ohne jede Gewaltanwendung das Gewebe des fundus uteri durchbohrt worden ist. Er fand ein starkes Auseinanderweichen der Muskulatur, eine ödematöse bzw. exsudative Durchtränkung zwischen den Muskelbündeln. Vor Allem aber — als primäre Ursache dieser Veränderungen — eine ausgesprochene Gefässveränderung, bestehend in Verdickung der Muskelschicht und Wucherung der Adventitia und Intima. Derartige Veränderungen sind auch schon von anderen Autoren beobachtet worden.

Er fordert bei der forensischen Beurtheilung deshalb zur grössten Vorsicht auf und verlangt die genauste mikroskopische Untersuchung, da es sich nicht allein um atrophische oder tuberkulös erkrankte oder hochgradig anämische Organe zu handeln braucht, bei denen das operative Unglück vorkommt. Schwarze.

Kaiserschnitt an einer plötzlich verstorbenen Schwangeren mit Extraktion eines lebenden gesunden Kindes.

Von Dr. H Jungeblodt-Volkmarsen.
(D. med. W.-Schr. 1902. 36.)

Eine 31 jährige, zum fünften Male schwangere Frau starb etwa acht Tage vor der erwarteten Niederkunft ohne vorangehende Krankheit plötzlich, unbekannt aus welcher Ursache. J. war nach 6 Minuten zur Stelle, machte 5 Minuten lang vergebliche Wiederbelebungsversuche. Da noch das Anschlagen der kindlichen Theile an die Bauchwand fühlbar war, wurde der Kaiserschnitt beschlossen und, nachdem abermals 6 Minuten zum Herbeiholen der Instrumente, im Ganzen 17 Minuten seit dem Tode der Mutter verflossen waren, ausgeführt. Das extrahirte Kind war tief asphyktisch, wurde aber durch 20 Minuten lange Bemühungen wiederbelebt; es ist ein Mädchen, wog 5 Pfund und war zur Zeit der Korrektur der Veröffentlichung noch gesund und gut entwickelt.

E. Wullenweber-Schleswig.

Ueber einen Fall von Leberzerreissung bei einem neugeborenen Kinde.

Von Privatdozent W. P. Shukowski-Petersburg.
(Praktitscheski Wratsch 1902, No. 21.)

Chirurgische Erkrankungen werden bei Neugeborenen sehr häufig beobachtet, und zwar desto häufiger, je energischer die operative Intervention bei der Geburt ist. Das Trauma, dem nicht nur der Kopf, sondern nicht selten auch der ganze Körper des Kindes bei der Geburt unterworfen ist, spielt eine zweifellose Rolle, und wenn man die nicht selten vorkommende angeborene Schwäche der Blutgefässe und die mehr oder minder mangelhafte Funktion der Athmung in Betracht zieht, so erscheint es verständlich, weshalb beispielsweise im frühen Kindesalter so häufig verschiedene Blutergüsse angetroffen werden. Andererseits kommen bei Neugeborenen Verletzungen vor, deren Entstehung in Dunkel gehüllt ist. Einen solchen Fall hat nun Verf. zu beobachten Gelegenheit gehabt. In der Anamnese schwere Zangengeburt. Bei zweiter Hinterhauptslage der Frucht dauerte die Geburt $48^1/_2$ Stunde. Das 3800 g wiegende Kind wurde in leichter Asphyxie geboren, aber bald ins Leben zurückgerufen; am Rücken und behaarten Kopftheil zahlreiche Kontusionen und Erosionen. In der Umgebung des rechten Ohres und hinter demselben grosse und tiefe Erosionen, unter dem rechten Tuber frontale eine $1^1/_2$ cm lange, längliche, oberflächliche Wunde. Ausserdem Erosionen und Kontusionen des oberen Lides des rechten Auges; lineäre Erosion und Kontusion an der Nasenspitze; an der linken Seite des Halses unterhalb des Ohres befindet sich eine starke Kontusion mit grossem Bluterguss unter die Haut. Die Kopfgeschwulst breitet sich über die Scheitelgegend beiderseits aus und greift auf die Stirnknochen über. Bald nach der Geburt bemerkte man bei dem Kinde eine stark ausgesprochene Lähmung der Gesichtsnerven

links. Am ersten Tage war das Kind sehr aufgeregt, schrie viel, dann wurde es aber still, schlief sehr lange, wurde stark gelb, verweigerte die Brust und wurde am dritten Tage todt aufgefunden. Die Sektion ergab: Zerreissung der Leber mit sehr grossem Bluterguss in die Peritonealhöhle, Kontusion des Kopfes, herbeigeführt durch Anlegung der Zange, und Zerreissung der Schädelnähte mit Blutergüssen. Lb.

Ohrenheilkunde.

Die Unfallverletzungen des Gehörorganes und die prozentuale Abschätzung der durch sie herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes.

Von Röpke-Solingen.

(Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 56, 1. und 2. Heft. Bericht über die Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Trier, Mai 1902. v. Reinhard, Duisburg.)

Referent entnimmt den Akten des Reichsversicherungsamtes, dass anno 1897 auf 45971 entschädigte Betriebsunfälle 57 als Folgen von Gehörorgansverletzungen kamen. Die Frage: „Welche Folgezustände nach Unfallverletzungen des Gehörorgans können eine zeitweise oder dauerde völlige oder theilweise Erwerbsunfähigkeit des Verletzten im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes herbeiführen?“ beantwortet Referent folgendermassen: Ohrmuschelverunstaltungen bedingen keine Rente; für Verlust der ersteren sei eine kleine Rente angezeigt. Die Verletzungen des äusseren Gehörganges sind oft durch die Entstehung von Narben die Ursachen für Schwerhörigkeit und subjektive Geräusche, wodurch also eine theilweise Erwerbsunfähigkeit bedingt werden kann. Diese tritt auch ein bei Traumen des Trommelfells und des Mittelohres, wenn sie ohne Eiterung heilen. Tritt letztere auf, so ist mit Festsetzung einer Dauerrente bis zum Stillstand der Eiterung zu warten; die Erwerbsfähigkeit erleidet natürlich eine weitere Einbusse durch die bei Eiterung auftretenden sonstigen Beschwerden, wie Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, subjektive Geräusche. Die Beurtheilung von Verletzungen des inneren Ohres, die meist mit Schädelverletzungen verbunden sind, ist nur dem Spezialisten möglich; solche Fälle sollten deshalb möglichst frühzeitig einem Facharzte zugeführt werden.

Bei der „prozentualen Abschätzung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit“ kommen in Betracht der Beruf, das Alter, Geschlecht und der allgemeine Gesundheitszustand des Verletzten. Das Anrecht auf Rentenzubilligung wird hauptsächlich bedingt durch Schwerhörigkeit oder Taubheit mit oder ohne Ohreiterung; durch Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, subjektive Geräusche und durch Entstellungen.

Bei Verminderung des Hörvermögens ist natürlich Ein- oder Doppelseitigkeit zu unterscheiden. Die Erwerbsfähigkeit wird beschränkt, sobald man, „bei normalem Hörvermögen“ auf der einen Seite, Flüstersprache auf dem anderen Ohre auf vier Meter Entfernung nicht mehr hört. Einseitige hochgradige Schwerhörigkeit bedingt 10 Prozent der Vollrente. Einseitige Taubheit 20 Prozent. Schwindelerscheinungen bedingen 10 Prozent; desgleichen subjektive Geräusche und endlich Entstellung durch Verlust der Ohrmuschel.

Diskussion: Reinhard-Duisburg tritt für die alte Forderung ein, dass Ohrverletzungen möglichst bald dem Spezialisten übergeben werden. R. reicht eine diesbezügliche Resolution ein, die von der westdeutschen Versammlung der Hals- und Ohrenärzte in Köln an 103 Berufsgenossenschaften versandt worden ist und folgenden Wortlaut hat: „Es ist von den Mitgliedern dieses Vereins wiederholt beobachtet worden, dass Ohrenunfallverletzte fast stets erst so spät nach dem Unfall dem Ohrenarzt behufs Begutachtung zugeführt werden, dass es dem Ohrenarzt schwer, in vielen Fällen sogar unmöglich ist, eine sichere Entscheidung zu treffen oder den Grad der Erwerbsbeeinträchtigung in Folge des Ohrenunfalls zu bestimmen. Zunächst sind die Veränderungen am Ohr selbst gleich nach der Verletzung ganz andere, als einige Zeit nachher; sodann hat die Erfahrung gezeigt, dass Ohrverletzte kurz nach der Verletzung ein viel günstigeres Hörvermögen zugeben als später, weil sie unter dem Eindruck der Freude, noch so glücklich mit ihrer Beschädigung davongekommen zu sein, sofort nach dem Unfall richtige Angaben über das Hörvermögen zu machen pflegen, während spätere Angaben über die verbliebene Hörkraft durchweg viel ungünstiger ausfallen. Der obengenannte Verein hat deshalb in seinen Sitzungen vom 25. November 1901 und 27. April 1902 beschlossen, die Berufsgenossenschaften unter Hinweis auf Obiges zu ersuchen, dafür Bestimmungen zu treffen, dass bei Schädelverletzungen, die so häufig eine Beeinträchtigung des Hörvermögens zur Folge haben, und bei direkten Ohrbeschädigungen ein Ohrenarzt möglichst sofort nach dem Unfall behufs Feststellung des Befundes zugezogen wird.

Es dürfte dies Verfahren im Interesse der Verletzten als auch im Sinne der Berufsgenossenschaften liegen.“

Auf Antrag Reinhards nahm die Deutsche otologische Gesellschaft einstimmig ein Rundschreiben an, das die obige Resolution unterstützt und an sämmtliche Berufsgenossenschaften versandt wird. Weiss.

Aus Vereinen und Versammlungen.

27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Die Eröffnung des Kongresses.

Am 17. September, Vormittags 9 Uhr begannen die offiziellen Verhandlungen. Der grosse Festsaal des „Bayerischen Hofes“ vermochte mit Mühe die bedeutende Anzahl der Tagenden aufzunehmen, denen sich Professor Dr. Fränkel-Halle an Stelle des erkrankten Medizinalrathes Dr. Reinke-Hamburg als Kongressvorsitzender vorstellte. Im Auftrage des kgl. Staatsministeriums des Innern begrüsste Obermedizinalrath Dr. v. Grashey die Kongresstheilnehmer, Bürgermeister v. Borscht gedachte der ersten Sitzung des Vereins in München — im Jahre 1875 — zu einer Zeit, da die Bevölkerung noch unter dem furchtbaren Eindruck der Choleraepidemie gestanden habe. Das sei eine Zeit der Rückständigkeit in der Erfüllung der sanitären Aufgaben gewesen. Der aber habe nun das ehrliche Streben Platz gemacht, eine massgebende Stellung zu allen hygienischen Tagesfragen zu erringen und der vordem wohlverdiente schlechte Ruf sei der allseitigen Anerkennung gewichen, dass München zu den gesündesten Städten Deutschlands zähle. In dieser Stadt, in der Stadt Pettenkofer's, heisse er die Tagenden willkommen. Im Namen des ärztlichen Vereins München und der kgl. bayerischen Armeeverwaltung begrüsste sodann Generalarzt Dr. v. Bestelmeyer die Versammlung, Dr. Karl Becker im Namen des ärztlichen Bezirksvereins, Rechtsrath Wölzl als Vertreter der Münchener Ortsgruppe des deutschen Vereins für Volkshygiene.

Jedem Einzelnen dankte der Vorsitzende Professor Dr. Fränkel in formvoller, übergeistvoller Rede. München habe der Hygiene einen Pettenkofer gegeben und ohne Pettenkofer sei für den Verein eine solche blühende Entfaltung, wie die gegenwärtige, nicht möglich gewesen.

Dem Bericht über das abgelaufene Vereinsjahr, der nun

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Eine Augenverletzung.

Entsch. vom 8. Juni 1901.

C. H. zu D. erlitt am 2. August v. J. im Betriebe einer Brauerei durch eine Ammoniakexplosion eine Verletzung der beiden Augen. Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes Dr. S. vom 2. bis 18. Oktober 1900 ist durch die narbige Hornhauttrübung auf dem rechten Auge die Sehkraft auf $^1/_{20}$ also nahezu vollständig, herabgesetzt. Auf dem linken Auge, wo die Hornhauttrübung ganz geringfügig ist, besteht eine Sehschärfe von $^2/_3$ der normalen. Die Erwerbsunfähigkeit wird auf 30 pCt. geschätzt. Dieser Schätzung entsprechend hat die Genossenschaft die Rente auf 30 pCt. festgesetzt. Gegen diesen Bescheid hat H. fristgerechte Berufung eingelegt und 60 pCt. der Vollrente beantragt, da er nicht nur das Sehvermögen auf dem rechten Auge eingebüsst habe, sondern auch die Sehkraft des linken Auges herabgesetzt sei und verlangte Begutachtung durch Professor S. zu B. Die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft beantragte Zurückweisung der Berufung und bezog sich dabei auf das Gutachten des Dr. S. sowie das nach eingelegter Berufung noch eingegangene ausführliche Gutachten des Dr. P. zu D. vom Dezember 1900. Nach dem fraglichen Gutachten ist die Trübung auf dem linken Auge ganz gering und kaum als krankhaft zu betrachten. Die Sehschärfe auf dem Auge beträgt ohne Glas $^4/_5$, — ist also fast normal, jedenfalls aber so gut, dass sie in erwerblicher Hinsicht als ausreichend bezeichnet werden kann, selbst ohne Brille. — H. ist unabhängig von dem Unfall auf dem linken Auge etwas übersichtig und bedarf zum scharfen Nahesehen einer schwachen Konvexbrille. — Das rechte Auge ist bis auf das Erkennen von Handbewegungen erblindet. — Die Erwerbsunfähigkeit wird auf 25 pCt. geschätzt. Das Schiedsgericht billigte dem Verletzten eine Rente in Höhe von 50 pCt. zu und führte u. A. aus: Die sachverständigen Beisitzer waren sämmtlich der Ansicht, dass H., dem man auf den ersten Blick ansah, dass er eine schwere Augenverletzung erlitten hat, eine Stellung bei der Bedienung einer Dampfmaschine nicht mehr erhalten werde. Insbesondere betonten die Arbeitgeber, dass sie die Verantwortung nicht auf sich nehmen würden, einen derartigen Mann anzustellen. Es wurde darauf beschlossen, dem Verletzten 50 pCt. der Vollrente zuzubilligen. Es ist davon ausgegangen worden, dass die von den Beisitzern geäusserte Ansicht zweifellos allgemein Bedeutung hat. Es mag dieses ein unbegründetes Vorurtheil sein, wie das von dem Sachverständigen Dr. P. angenommen wird. Für den Verletzten ergiebt sich aber zweifellos ein höherer Grad der Erwerbsunfähigkeit, und das Schiedsgericht ist genöthigt gewesen, diesen Umstand bei Bemessung der Rente mit zu berücksichtigen.

Das Reichs-Versicherungsamt erachtete eine Rente in Höhe von 40 pCt. für ausreichend, indem u. A. geltend gemacht wurde: Nach dem Gutachten des Augenarztes Dr. P. zu D. vom 15. Dezember 1900 ist das rechte Auge des Klägers in Folge des Betriebsunfalles fast ganz erblindet; der Kläger vermag mit diesem Auge nur Handbewegungen zu erkennen. Die linke Hornhaut zeigte nichts Krankhaftes mehr. Die Sehschärfe auf dem linken Auge beträgt $^4/_5$ des Normalen. Der Kläger ist unabhängig von dem Unfalle auf diesem Auge etwas übersichtig. Der Befund des Augenarztes erscheint, zumal er durch Dr. S. zu D. unterstützt wird, so zuverlässig, dass es der vom Kläger beantragten Einholung eines Obergutachtens nicht bedarf. Der vom Schiedsgericht hervorgehobene Umstand, dass die Augenverletzung des Klägers sehr auffällig ist, und dass es dem Kläger schwer fällt, bei solcher Verstümmelung als Heizer Arbeit zu finden, lässt die von der Berufsgenossenschaft festgesetzte Rente von 30 pCt. als zu niedrig erscheinen. Das Rekursgericht hält nach Lage der Sache in diesem Falle eine Rente von 40 pCt. für nothwendig, aber auch für ausreichend und hat deshalb in diesem Sinne das Urtheil des Schiedsgerichts abgeändert. M.

Aus dem Kammergericht.

Eine ungiltige Verordnung.

Entscheidung vom 9. Oktober 1902.

Im Hinblick auf eine Regierungspolizeiverordnung vom 30. Januar 1886, wonach Aerzte Fälle von Kindbettfieber rechtzeitig dem zuständigen Kreisarzt anzuzeigen haben, hatte Dr. med. Sch. ein Strafmandat erhalten. Dr. Sch. beantragte richterliche Entscheidung und führte zu seiner Vertheidigung aus, er habe aus dem Grunde keine Anzeige erstattet, weil er angenommen, dass es sich nicht um Kindbettfieber gehandelt habe. Im Gegensatz zum Schöffengericht verurtheilte die Strafkammer Dr. Sch. zu einer Geldstrafe und führte aus, habe es sich auch nicht um Kindbettfieber gehandelt, so habe doch immer der Verdacht vorgelegen, dass Kindbettfieber vorliege; auch in einem solchen Falle müsse ein Arzt beim Kreisarzt Anzeige erstatten. Gegen diese Entscheidung legte der Arzt Revision beim Kammergericht ein und erklärte, nach der Temperaturhöhe der Kranken konnte nicht auf Kindbettfieber geschlossen werden. Das Kammergericht vernichtete auch die Vorentscheidung und erkannte auf Freisprechung des angeklagten Arztes mit der Begründung, die Anzeigepflicht, betreffend die ansteckenden Krankheiten, sei durch ein Regulativ erschöpfend geregelt worden, welches durch Kabinetsordre vom 8. August 1835 genehmigt sei. Da in dem erwähnten Regulative Kindbettfieber nicht aufgeführt werde, so sei anzunehmen, dass die Regierungspolizeiverordnung vom 30. Januar 1886 ungiltig sei. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. Im Auftrage Seiner Exzellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, bearbeitet von der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums. Berlin 1902 (Richard Schoetz). 632 S. Text, 176 S. Tabellen, Preis 18 M.

Zum dritten Male, seit die Zersplitterung des amtlichen Materials über das preussische Sanitätswesen in Einzelveröffentlichungen der Regierungs-Medizinal-Räthe aufgehört hat, erstattet die Medizinal-Abtheilung des Kultus-Ministeriums ihren Dreijahresbericht.

Der Zeitraum, auf den der Bericht sich erstreckt, liegt freilich jetzt schon um etliche Jahre zurück, doch wird Niemand hieran Anstoss nehmen, dem sich durch einen Blick in das umfangreiche Werk die ungeheure Fülle der hier zu ordnenden und übersichtlich darzustellenden Einzelheiten offenbart.

Die Verarbeitung dieses grossen Materials ist durchweg in glücklicher Weise erfolgt. Ueberall zeigt sich das erfolgreiche Bestreben, durch eine anregende und fassliche Diktion das Studium des Werkes zu erleichtern, überall ist die Gruppirung des Stoffes klar und übersichtlich.

Die Ueberschriften der einzelnen Abtheilungen lauten wie

Theils auf die mangelnde Uebung der Aerzte selbst und die ungenügende Information, die sie von den Rentenbewerbern erhalten, zurück.

Hiervon ausgehend, macht er den interessanten Vorschlag, dass denjenigen Aerzten, die sich dafür interessirten, das notorisch ungemein reiche Material der Arbeiter-Sekretariate an Unfallakten zugänglich gemacht werden möge. Aus diesen Akten könnten die Aerzte selbst diejenige praktische Schulung gewinnen, die für die Gutachter-Thätigkeit nothwendig sei, und dieselben Aerzte würden dann gewiss auch bereit sein, durch Abfassung anderweitig nicht zu erreichender Gutachten die Aufgaben der Arbeiter-Sekretariate zu fördern.

Sicherlich verdient dieser originelle Vorschlag Beachtung, zumal er geeignet ist, auch die Ausbildung weiterer ärztlicher Kreise im Gutachterwesen zu fördern. Wir verfehlen daher nicht, ihn auch hier zur Diskussion zu stellen. F. L.

Aerzte und Gerichtsbehörden.

Folgenden selbsterlebten Fall berichtet im Aerzte-Vereinsblatt Dr. Creutz-Osterfeld in Westfalen. Er wurde eines Tages „auf Anordnung des Kgl. Amtsgerichts zu Bottrop" um Mittheilung ersucht, wie lange die Krankheit eines von ihm behandelten Diätars noch dauern würde. Er antwortete und liquidirte für diesen „Befundschein" 3 Mark. Diese bekam er nicht, auf seine Mahnung wurde ihm geschrieben, eine sachverständige Bescheinigung sei von ihm nicht gefordert worden, sondern nur eine Auskunft, die abzugeben in seinem Ermessen gelegen habe. Die Aerzte des dortigen Gerichtsbezirks pflegten mit ganz vereinzelten Ausnahmen derartige Anfragen immer zu beantworten.

Dr. Creutz hat sich hierbei nicht beruhigt, sondern verfolgt seinen Anspruch weiter — entschieden ist die Sache noch nicht.

Unseres Erachtens ist der Kollege zweifellos im vollen Recht. Wenn eine Behörde „Auskunft über den künftigen Verlauf einer Krankheit wünscht", so ertheilt sie zweifellos damit den Auftrag zu einer sachverständigen Aeusserung und muss dieselbe auch bezahlen. Wir hoffen bestimmt, dass die höhere Instanz diese Ansicht bestätigen wird.

Etwas zu weit geht der Herr Kollege aber wohl, wenn er von seinem Fall aus schliesst, dass die Gerichtsbehörden im Allgemeinen eine Neigung haben, die Aerzte durch derartige Aufträge pekuniär hineinzulegen. Die Verfügung des Herrn Amtsrichters in Bottrop ist wohl mehr als ein ganz persönlicher Irrthum denn als Symptom einer allgemeinen Missachtung aufzufassen.

Auswahl der Sachverständigen im Entmündigungsverfahren.

Eine Verfügung des Justizministers, wonach als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren in der Regel der Gerichtsarzt (bezw. Kreisarzt) und nur unter besonderen Umständen ein anderer Arzt zuzuziehen sein soll, ist in der Presse vielfach als Neuerung aufgefasst und kritisirt worden.

Offiziös wird jetzt darauf aufmerksam gemacht, dass es sich lediglich um einen Hinweis auf rechtlich feststehende Verhältnisse handelt. Nach §§ 404 und 653 der Zivilprozessordnung ist im Entmündigungsverfahren in der Regel der „öffentlich bestellte Sachverständige" zuzuziehen. Dies ist aber nach § 9 des Kreisarztgesetzes der Kreis- bezw. Gerichtsarzt. Wie weit besondere Umstände vorhanden sind, die die Zuziehung von Irrenärzten erwünscht machen, unterliegt nach wie vor im Einzelfall dem Ermessen des Gerichts.

Abstinentenheim.

Von der Anwendung grosser durchgreifenden Massnahmen im Kampfe gegen den Alkohol ist leider, aus nur zu leicht verständlichen Gründen, zur Zeit noch wenig zu merken. Aber wenigstens das Eine sollte sich durchsetzen lassen, dass der im Erwerbsleben stehende Mensch, welcher sich dem Alkohol fern halten will, auch Gelegenheit findet, sich anderweitig mit Speise und Trank ohne erhöhte Kosten zu ernähren, beziehungsweise ohne Trinkzwang nach Bedürfniss auszuruhen. Man gehe nur einmal durch die Strassen der Grossstadt Berlin, wo es angeblich „Alles giebt" — ein Lokal, welches jenen Anforderungen entspricht, wird man gerade in den am dichtesten bevölkerten Gegenden vergeblich suchen. Kann man hier doch sogar im heissen Sommer halbe Stunden weit gehen, ohne auch nur auf eine Selterhalle zu stossen.

Erfreulicher Weise wird jetzt eine Wandlung in diesen Zuständen energisch angebahnt. Wie die „Arbeiter-Versorgung" mittheilt, hat sich ein Verein unter dem Namen „Abstinentenheim" gebildet, der, unter Ausschluss aller anderweitigen Bestrebungen, lediglich den Zweck hat, Lokale mit Lese-, Bibliothek-, Versammlungsräumen und Herbergen zu errichten, in denen, unter Ausschluss eines Kaufzwangs, nur alkoholfreie Speisen und Getränke verabfolgt werden.

Die Zugehörigkeit zu der Genossenschaft verpflichtet nicht zur Abstinenz, sondern auch Nicht-Abstinente können Mitglieder werden.

Es würde uns freuen, wenn der Hinweis auf dieses Unternehmen ihm auch unter den Aerzten Freunde werben und anderwärts zu ähnlichen Gründungen beitragen würden.

Neue Ministerial-Erlasse.

Erlass vom 18. September 1902 betr. Erhebungen über die Einnahmen der Kreismedizinalbeamten an Gebühren, Tagegeldern und Reisekosten.

Es soll geprüft werden, ob das Kreisarztgesetz bezw. die Einführung der Dienstanweisung eine Verschiebung in den Einnahmen der Kreismedizinalbeamten an Gebühren, Tagegeldern und Reisekosten bewirkt hat. Für die Jahre vor 1900 liegen die Unterlagen betr. dieser Einnahmen vor; nunmehr sollen dieselben für die eineinhalb Jahre von April 1901 bis September 1902 beschafft werden. Wie damals, sollen auch jetzt ausser den Kreisärztlichen auch die Gerichtsärztlichen Gebühren einschliesslich derjenigen für Unfall- und Invaliditätsbegutachtung berücksichtigt werden.

— — vom 25. September 1902 betr. Besichtigung der in öffentlicher Benutzung stehenden Desinfektionsanstalten und -apparate sowie der zentralen Wasserversorgungsanlagen durch die Kreisärzte.

Der Erlass knüpft an die zur Zeit wieder in erhöhtem Masse vorhandene Cholera-Gefahr an. Die Kreisärzte sollen eine ausserordentliche Besichtigung der genannten Anstalten und Apparate vornehmen, binnen 8 Wochen über das Ergebniss nach einem bestimmten Frageschema berichten. Bei der Prüfung der Desinfektionsapparate sind Päckchen mit Milzbrandsporen zu benutzen, die von einer Reihe namentlich angeführter Institute geliefert werden.

— — vom 20. September 1902 betr. Prüfung der in öffentlicher Benutzung stehenden Desinfektionsapparate für strömenden Wasserdampf durch die Kreisärzte.

Betrifft die Einforderung der oben genannten Päckchen mit Milzbrandsporen von den betreffenden Anstalten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

allmählich auch den Kindbettfieberermittelungen das Odiöse genommen werden.

Er frägt sich nun, wie der Zweck dieser Ermittelungen, namentlich in den Landkreisen, am besten und ohne allzu erheblichen Aufwand an Kosten und Zeit für die ohnehin meist in sehr mässigen Verhältnissen lebenden Hebammen zu erreichen ist.

Die erste Hauptbedingung für eine frühzeitige Einleitung aller Schutzmassregeln ist, wie bei allen Infektionskrankheiten, die gewissenhafteste Ausübung der Anzeigepflicht. Dieselbe ist in allen Regierungsbezirken für Hebammen wie Aerzte obligatorisch, in den meisten sogar auch bezüglich der verdächtigen Erkrankungen. Während nun aber der Begriff des Krankheitsverdachtes von den praktischen Aerzten in Folge des Mangels einer einheitlichen Pathologie des Wochenbettfiebers erfahrungsgemäss als ein sehr dehnbarer behandelt wird, wiewohl doch im vorbeugenden, sanitätspolizeilichen Sinne jedes Fieber im Wochenbett auch ohne entzündliche Betheiligung der Genitalorgane, soweit nicht Anzeichen einer anderweitigen fieberhaften Erkrankung vorhanden sind, zu dem Sammelbegriff des Kindbettfiebers zu rechnen, mindestens aber als des Kindbettfiebers verdächtig zu erachten ist, so haben die Hebammen eine Norm für ihre Meldepflicht in der Ministerial-Verfügung vom 6. August 1883 und in den §§ 304 und 333 des Hebammenlehrbuchs. Wenn auch an keiner Stelle des letzteren die Verpflichtung der Hebamme zu täglichen Temperaturmessungen ausdrücklich ausgesprochen wird — m. E. ein Mangel, der mancher gewissenlosen Hebamme zur Entschuldigung ihrer verspäteten oder unterlassenen Meldung dient —, so geht doch die Voraussetzung des regelmässigen Thermometergebrauches aus dem Inhalt der genannten Paragraphen hervor, in denen es heisst (§ 304): „Geht dieselbe (d. h. die Körpertemperatur der Wöchnerin) um mehrere Zehntel über 38 Grad hinauf, so ist bereits das Fieber (d. h. das Wochenbettfieber) da“ und (§ 333): „War die Temperatur mehrere Zehntel über 38,5 gestiegen, so ist Fieber da und ein Arzt zu benachrichtigen“.

Sind demnach die Hebammen m. E. verpflichtet, die Temperatur ihrer Wöchnerinnen zu messen, so besteht für sie auch die Pflicht, jede Temperaturerhöhung über 38,5 als kindbettfieberverdächtige Erkrankung zu betrachten und sie unverzüglich zur Anzeige zu bringen, da sie ja nicht im Stande sind, das Fieber einer Kindbettinfektion von dem einer anderen Erkrankung zu unterscheiden. Die Meldepflicht der Hebammen von der Diagnose der behandelnden Aerzte abhängig zu machen, ist so lange unzweckmässig, als letztere nicht gesetzlich verpflichtet sind, jedes Fieber im Wochenbett, dessen ursächlicher Zusammenhang mit einer Infektion der Geburtswege nicht sicher ausgeschlossen werden kann, als verdächtig zu melden. Giebt es doch noch recht viele Aerzte, die eine fieberhafte Erkrankung im Wochenbett erst dann als Kindbettfieber ansprechen, wenn die Krankheitserscheinungen ganz schwere sind, d. h. die echten pyämisch-septischen Erkrankungen. Was dann für den Verdacht eines Kindbettfiebers von Symptomen eigentlich noch übrig bleibt, ist unerfindlich. Man erlebt in dieser Hinsicht bisweilen ganz unverständliche Differenzialdiagnosen. Puerperale Metritis und Parametritis werden dem Begriff des Kindbettfiebers gegenübergestellt und man hält so lange an der Diagnose fest, bis der Fall letal geendigt hat. Auch die durch die äusseren Verhältnisse und die Symptome kaum zu begründende Annahme eines Typhus, „Nervenfieber“ oder einer Influenza wird gegen die Diagnose Kindbettfiebers gelegentlich geltend gemacht, Eine genaue Fixirung des sanitätspolizeilichen Begriffes des Kindbettfiebers und Verdachtes desselben, d. h. der für die ärztliche Meldepflicht massgebenden Symptome ist daher in dem zu erwartenden neuen Seuchengesetz dringend erforderlich. Bis zum Inkraftreten eines solchen können es aber diejenigen Aerzte, die auf Grund der klinischen Erscheinungen oder durch bakteriologische Untersuchungen die Differenzialdiagnose zwischen mehr oder weniger übertragbarem, mehr oder weniger gefährlichem und demnach mehr oder weniger anzeigepflichtigem „Fieber im Wochenbett“ stellen zu können sich vermessen, den Medizinalbeamten nicht verdenken, wenn diese den ihnen unterstellten Hebammen einschärfen, dass für ihre Meldepflicht lediglich ihr Thermometer, unabhängig von der Ansicht des behandelnden Arztes, massgebend sein darf. Für den Medizinalbeamten, der vornehmlich den Schutz der gesunden Wöchnerinnen gegen Uebertragung des Kindbettfiebers im Auge haben soll, ist die klinische Trennung eines Intoxikations- von einem Infektionsfieber, einer gonorrhoischen von einer septischen Erkrankung im Wochenbett zur Feststellung des Grades der Uebertragbarkeit von geringem Werth, solange sie nicht von jedem Arzt gefordert werden kann. Wir wissen, dass trotz aller bakteriologischen Fortschritte eine sichere und schnelle Trennung der verschiedenen unter den Sammelbegriff des Kindbettfiebers zusammenzufassenden Erkrankungen, namentlich in den ersten, sanitätspolizeilich wichtigsten Krankheitstagen, in der Regel unmöglich ist, dass ferner eine Verwechselung mit andern mehr zufällig im Wochenbett auftretenden, in der ersten Zeit gleichfalls meist nicht diagnostizirbaren Infektionskrankheiten oft nicht vermieden werden kann und dass, wie bei der Sepsis, alle örtlichen Anzeichen einer Gebärmuttererkrankung fehlen können. Diese Erfahrungsthatsachen ermöglichen dem Medizinalbeamten nur den einen Standpunkt, dass es besser sei, lieber einmal bei einem weniger oder nicht infektiösen oder selbst falsch diagnostizirten Wochenbettfieber alle Schutzmassregeln zu treffen, als durch Unterlassung derselben in einem „leichten“ oder zweifelhaften Falle unter Umständen namenloses Elend über ganze Familien zu bringen.

Es wäre nun aber entschieden eine zu weitgehende Forderung, die Hebammen zur unverzüglichen Meldung jeder Temperatursteigerung über 38,5 zu verpflichten, da wir wissen, dass einmalige Temperatursteigerungen nicht selten aus anderen verhältnissmässig harmlosen Ursachen auftreten. Deshalb empfiehlt es sich m. E., die Hebammen dahin zu instruiren, dass sie jede an zwei aufeinanderfolgenden Tagen auftretende Temperatursteigerung über 38,5 als eine des Kindbettfiebers verdächtige Erkrankung unverzüglich zu melden haben. Ein weiteres Entgegenkommen wäre unangebracht, namentlich aber muss im Interesse der Wöchnerinnen der vielfach beliebten Annahme eines Milchfiebers energisch entgegengetreten werden. Einem längeren Zögern im Anmelden kann man dadurch wirksam vorbeugen, dass man in jedem Falle, der die Annahme einer zu späten Meldung rechtfertigt, von dem Recht der achttägigen Suspendirung Gebrauch macht. Die Hebammen müssen wissen, dass in der Regel nur denen von ihnen die Berufsthätigkeit auf die Dauer von acht Tagen untersagt wird, die im Anmelden säumig sind. Denn je länger und häufiger die Hebamme eine fieberkranke Wöchnerin besucht hat, desto grösser muss naturgemäss auch die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit durch ihre Berufsthätigkeit sein.

Ist die Anzeige einer Hebamme eingelaufen, so ist die Feststellung des Kreisarztes an Ort und Stelle in Rücksicht auf die Gefahr der Krankheitsverbreitung, sowie auf die möglichst kurze Unterbrechung der Berufsthätigkeit der Hebamme als eine eilige zu behandeln. Es empfiehlt sich, die Ermittlungen innerhalb 24 Stunden nach Eingang der Meldung auszuführen.

und dem Kreisarzt schriftlich zu bescheinigender Dampfdesinfektion zurücksendet. Am Schluss erfolgt die vorschriftsmässige Desinfektion der Hände und Arme der Hebamme.

Ueber die gesammte Feststellung wird eine Verhandlung für die kreisärztlichen Akten aufgenommen und vom Kreisarzt und der Hebamme unterschriftlich vollzogen mit der ausdrücklichen Verpflichtung der Letzteren, die in Lysollösung gelegten Instrumente nicht vor Ablauf von 12 Stunden aus der Lösung zu entfernen, ihren Körper durch Baden oder Abwaschen zu reinigen und erst nach erfolgter körperlicher Reinigung die Leitung neuer Entbindungen zu übernehmen.

Die Aufnahme einer Verhandlung erscheint mir deshalb wichtig, weil nur dadurch eine Fixirung aller wichtigen Einzelheiten nicht nur im Interesse der Statistik, sondern vor Allem auch im Interesse der oft lange Zeit nach der Entbindung seitens des Publikums einer Fahrlässigkeit angeschuldigten Hebamme ermöglicht wird.

Die Aufnahme der Verhandlung bedeutet durchaus keine Vermehrung des Schreibwerks, da der Kreisarzt über die wichtigsten Punkte jeder Kindbettfieber-Ermittlung m. E. ohnehin Notizen für seine Akten machen muss und geschieht am zweckmässigsten nach vorgedruckten Formularen, wie solche in einzelnen Bezirken den Kreisärzten zur Benutzung vorgeschrieben sind. Als Beispiel möge folgendes Formular dienen:

Verhandelt . . . .

Verhandlung betreffend Feststellung der Vorgänge bei Kindbettfieber (§ 57 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 13. März 1901).

I. Name, Alter, Stand und Wohnort
 1. der erkrankten Wöchnerin.
 Häusliche Verhältnisse derselben.
 2. Anzahl und Verlauf der voraufgegangenen Entbindungen (Fehl- und Frühgeburten) und Wochenbetten; Angaben über frühere Unterleibserkrankungen. (Aussagen der Wöchnerin.)

II. Bericht über den Geburtsverlauf etc.:
 1. Beginn der Wehen.
 2. Haben bereits vor Eintritt der Wehen innerliche Untersuchungen stattgefunden?
 Von wem? Wann?
 3. Zeitpunkt der Bestellung und des Eintreffens der Hebamme.
 4. Hat die Hebamme ihr Instrumentarium, sowie Karbolsäure oder Lysol bei sich geführt?
 5. Hat sie ihre Hände und Arme mit Seife und Bürste und darauf mit Karbol- oder Lysolwasser gereinigt und während der Entbindung eine reine weisse Schürze getragen?
 6. Hat sie vor der Untersuchung für reine Leib- und Bettwäsche gesorgt?
 7. Hat sie eine Reinigung der äusseren Geschlechtstheile vor der Untersuchung vorgenommen?
 Womit?
 8. Hat sie die Gebärende verlassen?
 Wie lange?
 Aus welchem Grunde?
 9. Verlauf der Entbindung, Tag und Stunde der Geburt des Kindes und des Mutterkuchens.
 10. Wie oft hat die Hebamme innerlich untersucht?
 11. Hat sie stets vor der inneren Untersuchung ihre Hände gereinigt und desinfizirt?
 12. Hat sie während der Entbindung Scheidenausspülungen vorgenommen? Womit? Aus welchem Grunde?
 13. Hat die Hebamme während der Entbindung Instrumente benutzt? Hat sie dieselben vor dem Gebrauch gereinigt? Auf welche Art?
 14. Hat die Hebamme den Mutterkuchen selbst entfernt? Auf welche Weise?
 15. War der Mutterkuchen vollständig und unversehrt?
 16. Haben vor, während oder nach dem Erscheinen des Mutterkuchens stärkere Blutungen stattgefunden? Was wurde dagegen gethan?
 17. Hat die Gebärende ärztliche Hilfe verlangt? Hat die Hebamme solche empfohlen?
 18. Tag und Stunde des Eintreffens des Arztes, Art der Hilfeleistung.
 19. Tag und Stunde, zu welcher die Hebamme die Wöchnerin verliess?
 20. Hat sie nach Vollendung der Geburt eine Reinigung der Wöchnerin vorgenommen und dieselbe mit einem reinen Wochenlager versehen? Was hat sie als Vorlage benutzt?
 21. Hat die Hebamme täglich Wochenbesuche abgestattet und die Körperwärme gemessen?
 22. Wann traten zuerst Fiebererscheinungen (Hitze, Frost, Kopfschmerzen, Durst, Unterleibsschmerzen) auf? Von wem wurden dieselben zuerst festgestellt? Wie war der Wochenfluss?
 23. Was geschah bisher gegen das Fieber?

III. Gegenwärtiger Zustand der Wöchnerin.

IV. Hat die Hebamme seit der Entbindung der erkrankten Frau noch andere Frauen entbunden oder gepflegt? welche? Sind dieselben gesund?

V. Sind innerhalb der letzten 4 Wochen Erkrankungen an Scharlach, Diphtherie, Rose, Blutvergiftung vorgekommen:
 a) in der Umgebung der Hebamme?
 b) in der Umgebung der Wöchnerin?
 Hat eine Desinfektion stattgefunden?

VI. Beschaffenheit
 a) der Hände
 b) der Kleidung
 c) des Tagebuchs
 d) des Instrumentariums
 } der Hebamme.

VII. Als Schutzmassregeln sind angeordnet ausser Fernhaltung der Hebamme von der erkrankten Wöchnerin:
 a) Desinfektion durch siedendes Sodawasser
 ausgeführt durch . . . .
 kontrolirt durch . . . .
 b) Desinfektion durch desinfizirende Flüssigkeiten
 ausgeführt durch . . . .
 kontrolirt durch . . . .
 c) Desinfektion durch strömenden Wasserdampf
 ausgeführt durch . . . .
 kontrolirt durch . . . .

VIII. Untersagung der Berufsthätigkeit auf die Dauer von . . . . . . Tagen (bis einschliesslich zum . . . . . .) erscheint . . . . nothwendig, weil . . . . . .

IX. Die unterzeichnete Hebamme verpflichtet sich, ... , ihren Körper zu reinigen und erst nach erfolgter Reinigung neue Entbindungen zu übernehmen.

. . . .
Kreisarzt Hebamme.

Aus der Poliklinik für Nervenkrankheiten von Dr. A. Neisser-Berlin.

Trophoneurotische Knochenatrophie als Ursache dauernder Erwerbsschädigung.

Von

Dr. J. Lewinsky.

Das nachfolgende Gutachten verdient vielleicht einiges Interesse, da es die hohe Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Beurtheilung von Unfallfolgen erweist, auch wenn es sich nicht um grobe Knochenverletzungen, Fremdkörper und dergl. handelt, sondern um feinere pathologische Strukturveränderungen, die überhaupt nur **radiographisch** zu erkennen sind. Genaueres über die in Rede stehende Krankheit, die **trophoneurotische Knochenatrophie**, die anscheinend noch sehr wenig bekannt ist und zu deren Kenntniss der

ihrerseits wieder durch chronischen Alkoholismus bedingt ist. Der Patient hat nicht bestritten, alkoholische Getränke im Uebermasse genossen zu haben, so dass sein Leiden als toxisch-infektiöse Neuritis zu betrachten ist, allerdings in erster Instanz hervorgerufen durch eine kleine äussere Verletzung.

Zur Zeit ist nun der Krankheitsprozess noch nicht als abgeschlossen anzusehen, das Urtheil über die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit in Folge des Unfalles kann also noch kein endgiltiges sein. Sollte eine wesentliche Besserung nicht mehr erreicht werden können, was bei der langen Dauer des Prozesses, dem geringen Nutzen der bisherigen Behandlung und nach Analogie ähnlicher Fälle zu befürchten ist, so würde der Patient im unmittelbaren Anschluss an eine ganz geringfügige Verletzung eine dauernde, erhebliche Schädigung, bestehend in gänzlicher Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand, zurückbehalten. Es entspräche das einer Erwerbsbeeinträchtigung um 40 Prozent unter billiger Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse.

Zur forensischen Beurtheilung frühzeitiger Onanie.

Von
Dr. Placzek-Berlin.

Um die Bedeutung zu kennzeichnen, welche Gelegenheitsursachen in und ausser der Schule für Auslösung onanistischer Neigungen haben, zitirt Rohleder[1]) in seiner verdienstvollen Monographie „Die Masturbation" den Ausspruch Rousseaus: „Es beginnt die Ausschweifung der Jugend durch die Lehre. Nicht die Natur ist es, welche verdirbt, sondern das Beispiel."

Es wäre ein verhängnissvoller Irrthum, wenn dieser Satz als allgemeingiltig und ausnahmslos acceptirt würde, selbst wenn der etwas vage Begriff der „Ausschweifung" durch das richtigere Wort „Selbstbefleckung" ersetzt wird. Verhängnissvoll wäre es besonders für den Gerichtsarzt, der in foro zu einem allzu bestimmten Urtheile verleitet werden könnte. Gesetzt den Fall, Eltern entdeckten bei ihrem jugendlichen Kinde, welches dauernd in Gesellschaft und unter Obhut der Erzieherin lebt, onanistische Neigungen, so liegt die Beschuldigung sehr nahe, dass die Erzieherin als agent prevocateur gewirkt und das geschlechtliche Empfinden vorzeitig geweckt habe. Da ein solcher Verdacht auch durch gerichtlich-medizinische Erfahrungen vielfach gestützt wurde, so könnte der oben zitirte Satz von der Ausnahmslosigkeit des verderbenden Beispiels auch leicht zum Leitmotiv für das Urtheil der ärztlichen Sachverständigen werden. Es muss deshalb erwünscht sein, wenn der im Einzelfalle mögliche, allein verderbende Einfluss der „Natur" oder, anders ausgedrückt, der individuellen Anlage durch die praktische Erfahrung bewiesen wird. Leider begegnet eine dahin zielende Beweisführung ausserordentlichen Schwierigkeiten, da es bei älteren Kindern fast unmöglich ist, alle in Frage kommenden Gelegenheitsursachen so auszuschliessen, dass das Triebleben des Individuums allein als causa movens angeschuldigt werden könnte. Hier können nur Beobachtungen an ganz jungen Kindern beweiskräftig sein, ja, — man kann sagen —, um so beweiskräftiger sein, je jünger das Individuum ist, je weniger also das Moment der Nachahmung oder Verführung vorhanden sein und wirksam werden konnte.

So wohlbekannt nun auch Aerzten und Laien die Onanie und ihre ungeheure Verbreitung bei beiden Geschlechtern ist, die Thatsache, dass sie schon in den ersten Lebensjahren vorkommt, schon in einer Lebensperiode, wo die anscheinend erforderlichen Vorbedingungen einer ausreichenden körperlichen und geistigen Entwicklung noch fehlen oder rudimentär erfüllt sind, ist wenig bekannt, auch in der Aerztewelt, und daher entsprechend wenig gewürdigt. Mag auch bei der Diagnostik des Leidens in so frühen Lebensjahren manch Irrthum mituntergelaufen sein und noch mitunterlaufen, mag auch manch harmlose Bewegung eines Kindes, welche die Bethätigung allgemeinen Wohlbehagens ausdrückt, irrthümlich als onanistische Manipulation gedeutet worden sein, das thatsächliche Vorkommen so frühzeitiger Onanie ist unbestreitbar.

Die Art der Ausführung besteht, wie Rohleder angiebt, in wetzenden Bewegungen der Oberschenkel bei Ueberkreuzung an einander, oder an der Brust, an dem Arm „der Wärterin", ja, selbst reibende Bewegungen mit den Händchen an den Genitalien kommen vor.

Die Kasuistik der Onanie in den ersten Lebensjahren ist verhältnissmässig spärlich und betrifft vornehmlich Mädchen, da sie bei diesen häufiger vorkommt als bei Knaben.[1]) Der jüngste Knabe, den Hirschsprung beobachtete, war 16 Monate alt und soll schon Erektionen gezeigt haben. Der Knabe war klein, mager, mit etwas Wasserkopf und wohl in Folge dessen noch offener Fontanelle behaftet. Er wurde tagtäglich und in letzter Zeit mehrere Male täglich von Anfällen betroffen, die anderthalb Stunden dauerten und in heftigen, den Gesammtkörper nach vorn und hinten ruckenden Bewegungen bei eregirtem Penis sich äusserten. Der Knabe war durch diese Anfälle wie in Schweiss gebadet, wurde danach sehr matt und schlief ein.

Rohleder sagt von diesem Falle[2]): „Es ist wohl der einzige, meines Wissens publizirte Fall von Erektionen in einem derartig frühen Kinderalter", erwähnt aber gleich darauf eine Mittheilung Vogels,[3]) der bei einem einjährigen Knaben Erektionen des Penis sah. Die Art der Onanie bestand in Reibungen der Oberschenkel an einander. Hierbei wurde das Gesicht heiss, roth, die Augen leuchteten, die Respiration wurde beschleunigt, unregelmässig.

Eine ähnliche Beobachtung machte Rohleder an einem $1^1/_4$jährigen Knaben in der Leipziger Universitäts-Kinderpoliklinik. Hier blickten die Augen starr, das Gesicht wurde glühend, es trat Beklommenheit ein, bis auf der Höhe nach zirka 10 Minuten ein lautes Schluchzen den Anfall beendigte, und Schlaf eintrat.

Die Fälle frühzeitiger Onanie bei Mädchen, wie sie Marc,[4]) Lombroso,[5]) Zambaco,[6]) Louyer-Villermay,[7]) Moreau,[8]) Maudsley,[9]) Magnan,[10]) René Blache[11]) mittheilen, lasse ich ausser Betracht, ebenso das Lutschen (Wonnesaugen, suctus voluptabilis), welches nach Steiner,[12])

---

[1]) Die Masturbation. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung 1899.

[1]) Hirschsprung: Erfahrungen über Onanie bei kleinen Kindern. Berl. klin. Wochenschr. 1886. S. 628 u. ff.

[2]) l. c. S. 46.

[3]) Unterricht für Eltern und Kinder-Aufseher, wie das unglaublich gemeine Laster der zerstörenden Selbstbefleckung am sichersten zu verhüten und zu heilen. Kap. 1, p. 8.

[4]) Die Geisteskrankheiten etc. von Ideler I. p. 66.

[5]) Archiv. di Psichiatria IV, p. 22.

[6]) L'Encéphale 1882. Nr. 1, 2.

[7]) v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. XI. Aufl., S. 40.

[8]) Aberrations du sens génétique. 2. édit. p. 209.

[9]) Physiologie und Pathologie der Seele, übers. v. Böhm, p. 218.

[10]) Psychiatrische Vorlesungen, übers. v. Möbius. 2, 3. Heft. p 27.

[11]) Tribune méd. 1876. 6/II.

[12]) Kompendium der Kinderkrankheiten 1872. Kap. Onanie.

zu verbinden und transportfähig zu machen, und um plötzlich Erkrankten die erste Hilfe zu gewähren. Diese sog. grossen Rettungskasten haben meistens zwei räumlich getrennte Abtheilungen: die erste Abtheilung ist zum gemeinschaftlichen Gebrauch für den Arzt, Beamten und jeden Nichtarzt, der Samariterdienste zu leisten im Stande ist, bestimmt; die zweite Abtheilung ist nur zur ausschliesslichen Benutzung des Arztes vorgesehen, der mit den Hilfsmitteln eines solchen Kastens wohl im Stande ist, sofort jede dringende Lebensgefahr — soweit dies überhaupt möglich — zu beseitigen, die dazu nöthigen Operationen nach antiseptischen Kautelen geordnet ausführen und Verletzte für den ersten Transport sachgemäss lagern zu können. Die Rettungskasten sind im Grossen und Ganzen ihrem Zwecke wohl entsprechend eingerichtet und erfüllen eventuell auch vollkommen ihren Zweck. Ganz unwesentlich erscheint mir dabei die Frage, ob zu viel Desinfektionsmittel im Kasten vorhanden sind, da sie ja nur einen verhältnissmässig kleinen Raum im Kasten beanspruchen, hingegen scheint mir die richtige Auswahl der Desinfizientien sehr wichtig zu sein, die möglichst in Pulver- oder Pastillenform am besten gewählt werden sollten. Schon wegen der leichten Zerbrechlichkeit grösserer Gläser sollten alle Lösungen möglichst vermieden werden, und z. B. statt der höchst unzweckmässigen Sublimatlösung (20 : 1) 120,0, wie sie in den badischen Kästen vorräthig ist,[6]) die bequemen Angerer'schen Sublimatpastillen à 1,0 in der zweckmässigen Verpackung von Röhren à 20 Stück dafür vorhanden sein. Das in manchen Kasten vorhandene Jodoform empfiehlt sich auf frische Wunden auch nicht, und würde zweckmässiger durch Airol als Streupulver ersetzt; ebenso würde eine im Kasten vorhandene Airolpasta, die mit den Fingern auf die genähte Wunde gestrichen wird, eine tadellose prima intentio sichern und dann manchen späteren Verband ersparen.

Auffallend ist es, dass in allen Rettungskasten der absolute Alkohol zum Desinfiziren der Hände und der Instrumente des Arztes, wie der Haut des Verletzten fehlt; ich halte es nicht für nöthig, einen Kochapparat zum Sterilisiren der Instrumente, wie Dr. Baruch-Paderborn anlässlich seiner bei der Altenbeker Eisenbahnkatastrophe gemachten Beobachtungen wünschte, dem Inhalte des grossen Rettungskastens hinzuzufügen, da ja heisses Wasser, selbst Dampf aus der Lokomotive stets zur Verfügung steht, und der absolute Alkohol nicht nur als gutes Desinfizienz genügend wirkt, sondern auch noch als Reizmittel für die Schwerverletzten (mit Zuckerwasser vermischt) jedenfalls seinen Platz im Kasten berechtigter einnehmen würde, als der Blechkasten mit den für den Gebrauch oft zweifelhaften Gipsbinden und Gipspulver, der nur eine unnütze Belastung des Kastens bedeutet, und dessen Raum besser durch obiges durchaus nothwendige Mittel ausgenutzt werden könnte. Entgegen der Ansicht des Dr. Baruch, der die nicht auskochbaren Pravazschen Spritzen für veraltet erklärt, halte ich eine Pravaz'sche Spritze in Hartgummigarnitur für ganz zweckmässig, sofern Alkohol zum Desinfiziren da ist; es müssten aber unbedingt zur Schmerzstillung auch noch 10 Stück Morphiumpastillen im Kasten sein, in einer Blechbüchse mit deutlicher Aufschrift, und als starkes Reizmittel Aether pur., aber in zugeschmolzenen Glasröhren in der Form eines Taschenfutterales, wie solches im Medizinischen Waarenhaus Berlin N. 24 in mustergiltiger Weise jetzt geliefert wird; der Aether verflüchtet sich in diesem Röhrchen nicht, die zum Gebrauch an der eingeritzten Stelle mit der Hand leicht abzubrechen sind. In Bezug auf das Schienenmaterial sind Dr. Baruchs Vorschlag gemäss Holzpapierschienen, Schienen aus Papiermaché oder Aluminium, denen einige Volkmann'sche Schienen für die unteren Extremitäten mit umklappbaren Fusstheil, für die obere Extremität rechtwinklig oder stumpfwinklig gebogenen Schienen sicherlich sehr zweckdienlich, aber nicht durchaus nothwendig; das in den Kasten verschiedenartig vorhandene Material erfüllt aber auch seinen Zweck, und kann ruhig aufgebraucht werden. — In Bezug auf die äussere Form dieser grossen Rettungskasten muss dem grossen Eisenbahnmodell-Rettungsschrank, konstruirt von unserm unvergesslichen ersten Vorsitzenden des Ausschusses deutscher Bahnärzte, dem leider für die Eisenbahnhygiene so früh verstorbenen Geh. San.-Rath Dr. Brähmer (Modell M. W. Medizinisches Waarenhaus Berlin)*) unbedingt der Vorzug gegeben werden. Der Schrank ermöglicht durch das zweitheilige Oeffnen der Thüren, deren Innenseite in praktischer Weise durch Fächer ausgenutzt ist, die geordnete Aufnahme des gesammten Inhalts und bietet hierdurch die schnellste Uebersicht. Durch Einzelentnahme von Verbandzeug u. s. w. bleibt der übrige Inhalt vollständig geordnet. Der Schrank ist aus gutem, trockenem Holz sorgfältig hergestellt, die Fugen desselben sind gegen Eindringen von Staub und Schmutz mit eisernen Schienen bedeckt. Der Schrank selbst auf starken eisernen Rollen ist leicht transportabel und mit gutem Lackanstrich versehen, die für den Schrank nöthigen Schlüssel hängen an gewundenen Lederschnüren in Karabinerhaken an den Seiten des Kastens und brauchen nicht erst mit Bindfaden, Plombe und Plombirzange am Handgriff befestigt zu werden, wie bei unseren Badischen Kasten; die Schlüssel gehen auch nicht so leicht verloren, da man sie während des Gebrauches des Kastens wieder an den Seiten aufhängt. Selbstverständlich ist für den Gebrauch, dass dieselben einer regelmässigen Kontrole durch den Bahnarzt unterworfen, und dass sie in einem trockenen Raume an einem genau dem gesammten Stationspersonal bekannten Platz aufbewahrt bleiben müssen und nicht unmittelbar auf den Fussboden gestellt werden dürfen, die Preussischen Schränke sind auch in dieser Beziehung sehr zweckmässig und ungemein leicht beweglich und zu handhaben.

Wo sich grosse Rettungskasten befinden, müssen auch Tragbahren bereit stehen, die auch zusammenlegbar sein können, wodurch sie nur einen geringen Raum einnehmen; sie können auch mit verstellbarer Kopferhöhung versehen sein; die von Braehmer konstruirten zusammenlegbaren Tragbahren besitzen eine hohe Tragfähigkeit bei dem geringen Gesammtgewicht von nur 12 Kilo. Es sei hier noch auf die geschweiften, zusammenklappbaren Tragbahren (sog. Schiffsmodell) aufmerksam gemacht, die bei engen Raumverhältnissen z. B. in Coupéthüren sehr praktisch sind; die geschweiften Tragbahren (sog. Bergwerksmodell) nach Prof. Dr. Löbker sind aus eisernem Patentrohr konstruirt, und dient als Lagerungsfläche eine doppelte Spiralfeder - Matratze. Ferner erwähnen wir noch den Tragsitz aus starkem braunen Segeltuch mit polirten Tragestangen, weiter mit verstellbaren Schultergurten, und dann in reicherer Ausstattung mit starkem Segeltuchbezug und mit Rückenlehne, Sicherheitsquerstangen und losen, stellbaren Schultergurten. Sämmtliche Tragbahren sind im Medizinischen Waarenhaus Berlin N. 24 zu haben, und standen gleich den grossen und kleinen Rettungskasten der Eingangs genannten Eisenbahnverwaltungen den Herren Theilnehmern des Bahnärztetages im Sitzungssaale des Zentralbahnhofes zu München zur Ansicht und zum Vergleich ausgestellt.

[6]) In der mir später zugekommenen neuen Anweisung über die Rettungskasten vom Oktober 1899 befindet sich jetzt Sublimatpapier, 10 Blatt mit je 1,0 Sublimat auf 1 Liter Wasser im Kasten.

*) Spezial-Preisliste über Sanitätsartikel für Rettungsgesellschaften, Unfallstationen u. s. w. Berlin N. 24., Friedrichstrasse 108 I.

Ich möchte noch auf die neueste verstell- und zusammenlegbare Tragbahre „Ideal“ aufmerksam machen, welche in der Fabrik von Kühne, Sievers u. Neumann in Köln-Nippes gemacht wird; dieselbe ermöglicht es, den Verletzten in jedem Gebäude zu transportiren, ohne genöthigt zu sein, seine Lage auch nur im Geringsten verändern zu müssen. Die Bahre ist aus Band- und Winkeleisen konstruirt, hat verstellbare Rücken- und Fusslehne und verstellbare Tragstangen, wodurch erreicht wird, der Tragbahre jede beliebige Stellung zu geben; sie wird vermittels zweier Tragriemen wie ein Tornister auf dem Rücken getragen. Man kann auch dieselbe als Verbandstisch und zum Stuhl einrichten; in letzterer Stellung sehr geeignet für den Transport aus und in Eisenbahncoupés.

Auf einzelnen grösseren Stationen müssten auch Räderbahren zum Transport von Kranken und Verletzten hinterstellt werden, die aus einem Fahrgestell bestehen, auf das die Tragbahre gesetzt und durch einen einfachen Verschluss befestigt werden kann; es sollte mindestens eine Tragbahre auf jeder Eisenbahnstation hinterstellt sein, deren Aufbewahrungsort ebenfalls dem gesammten Stationspersonal bekannt sein muss.

In Bezug auf sämmtliche Tragbahren wäre es ungemein zweckmässig, wenn für dieselben ein Einheitsmodell geschaffen werden würde. In Bayern sind bereits die Tragbahren nach jenen der freiwilligen Sanitätskolonnen deshalb angefertigt, weil letztere stets bereit sind, mit ihren Rettungsrequisiten Hilfe zu leisten und es bei dem Vorhandensein gleichmässig gebauter Tragbahren ermöglicht ist, auch die auf Tragbahren der Eisenbahnverwaltung gelagerten Verletzten in die Transportwagen der freiwilligen Sanitätskolonnen ohne Umbettung aufzunehmen.

Behufs Einführung derartiger einheitlicher Rettungsrequisiten, zu denen die Tragbahren, Räderbahren, die Transportwagen mit Pferden und die Rettungswagen auf den Eisenbahnen gerechnet werden, sollten die deutschen Eisenbahnverwaltungen vielleicht unter Vermittelung des Reichseisenbahnamtes mit den vom Rothen Kreuz errichteten Männerhilfs- und Samaritervereinen und Sanitätskolonnen gemeinsam das Rettungswerk organisiren, wie es bereits in Frankfurt a. M. geschehen ist, worauf wir weiter unten noch näher eingehen werden.

Zu erwähnen sind ferner noch Krankentransportstühle wie sie bereits seit Jahren bei der Badischen Verwaltung auf 10 Stationen vorhanden sind, die auch bei Eisenbahnunfällen zweckmässig verwendet werden könnten: der Tragstuhl nach Geh. Rat Prof. Czerny aus naturlackirtem Hartholz, mit Rohrgeflecht, Rückenlehne und Fussbrett verstellbar, verstellbare Segeltuchverlängerung als Beinlager ist sehr praktisch.

Dr. Baruch-Paderborn berichtet über die Altenbekener Eisenbahnkatastrophe, dass die Verletzten auf der nackten, schmutzigen und blutgetränkten Erde mit einer spärlichen Schicht Heu bedeckt lagen, es waren 6° Kälte; in einer der Unglücksstelle gerade gegenüber befindlichen, nicht mehr bewohnten Wärterbude, in der mehrere Schwerverwundete untergebracht waren, herrschte eine erstarrende Temperatur. „Soweit sie nicht ohnmächtig waren, klagten sie weniger über ihre Verletzungen, als über die entsetzliche Kälte und baten um Schutz; fast alle Verletzten klagten lediglich über die Kälte“.

Auf Grund dieser Erfahrungen muss auf den Stationen eine grössere Anzahl von Decken bereit gehalten werden; es wird noch bemerkt, dass Eisenbahnverletzte auch ohne Blutungen, unter dem Eindruck des Nerven-Shok stehend, in Folge der meist hierdurch bedingten schlechten Herzthätigkeit frieren. Bei vorhandenem Mangel an Tragbahren ersetzen die wollenen Decken auch dieselben; Verletzte mit schweren Knochenbrüchen werden erfahrungsgemäss auf Decken ganz ausserordentlich gut und schonend transportirt. Die Decken, am zweckmässigsten noch mit drei festen Henkeln an jeder Seite versehen, müssten in der Anzahl von mindestens zwei Dutzend auf allen denjenigen Stationen vorhanden sein, wo die Hilfszüge resp. Geräthschafts- und Krankentransportwagen bereitstehen. Auf denjenigen Stationen, wo keine Tragbahre vorhanden, müssten mindestens zwei Decken vorräthig sein, eine zum Transportiren und eine zur Einhüllung des Verletzten, beide aber zum Transport mit Henkelösen versehen.

Auf denjenigen Stationen, wo sogenannte Rettungszimmer vorhanden sind, könnten die Rettungskasten, Tragbahren, Decken u. s. w. dort untergebracht sein. Meines Wissens hat bis jetzt nur die bayerische Eisenbahnverwaltung diese sehr nachahmenswerthe Einrichtung. Des grossen Interesses wegen, welches wir Bahnärzte an dieser gemeinnützigen Einrichtung nehmen, sei es mir gestattet, den § 18 der Vorschriften über das Rettungswesen bei Unfällen auf den k. b. Staatseisenbahnen vom Jahre 1897, welcher das Rettungszimmer behandelt, hier wörtlich anzuführen:

§ 18. 1. Auf Stationen, in welchen mehrere Bahnlinien zusammenlaufen, oder ein umfangreiches Rangirgeschäft sich abwickelt, sind eigene Zimmer bereitzuhalten, in welchen erkrankten oder verletzten Reisenden oder Bediensteten vor der Ueberführung in ihre Wohnung oder in ein Spital Unterkunft gewährt und nöthigen Falls die erste Hilfe geleistet werden kann. Wenn geeignete Zimmer nicht vorhanden sind, ist bei Neu- und Umbauten oder in sonstiger Weise auf die Beschaffung von solchen Bedacht zu nehmen, provisorisch für Beschaffung von Wellblechbuden Sorge zu tragen.

2. Die Zimmer sollen thunlichst in der Nähe der Bahnsteige gelegen sein, nicht unter 25 Quadratmeter Bodenfläche haben, hell, luftig, heizbar, sowie leicht zugänglich und mit der deutlichen Bezeichnung: „Rettungszimmer“ versehen sein.

3. An den Fenstern sind doppelte Vorhänge, und zwar solche, welche genügend Licht durchlassen, und solche, welche das Zimmer dunkel machen, anzubringen. Letzteres ist täglich zu lüften, mit frischem Wasser zu versehen, nach Bedarf zu reinigen und während der kalten Jahreszeit zu erwärmen.

4. Das Rettungszimmer darf von den Bahn- und Kassenärzten als Ordinationszimmer für das Bahnpersonal benützt werden.

§ 19 bringt eine ausführliche Beschreibung der Ausstattung.

Als leitende Grundsätze für diese Rettungszimmer, die nach meiner Ansicht am besten als eine besondere Abtheilung zwischen den Warteräumen in der Nähe der Restaurationen eingebaut sein müssen, muss gelten, dass sie zum Unterbringen von plötzlich Erkrankten und Verletzten zu dienen, und als Einrichtung Alles zu enthalten haben, was zur Lagerung von mindestens zwei Erkrankten oder Verletzten nöthig ist; ausserdem müssen die nöthigen Arznei- und Verbandmittel zur Blutstillung und Wiederbelebung in stets frischer Beschaffenheit vorräthig sein; der Gebrauch der Rettungskasten würde durch die Rettungszimmer am besten gewährleistet. Solche Zimmer sollen es auch dem Arzte ermöglichen, dem Kranken vor der Abreise oder nach der Ankunft alle jene Dienstleistungen angedeihen zu lassen, welche die Anwesenheit von Zuschauern ausschliessen; sie sollen auch die mit der Bahn zu transportirenden Geisteskranken den neugierigen Blicken eines gaffenden Publikums entziehen. Die ständige Anwesenheit eines wachthabenden Arztes, wie von einzelnen Seiten vorgeschlagen, halten wir nicht für gerechtfertigt, ge-

radezu unnöthig; höchstens bei Massentransporten und zur Zeit von Epidemieen, besonders auf grossen Grenz-Durchgangsstationen, z. B. bei Choleragefahr müsste vorübergehend ein permanenter ärztlicher Dienst eingerichtet werden; doch könnte man hierüber im Zweifel sein, ob dies nicht eigentlich Sache des betreffenden Staates sei.

Auf die Hilfs- oder Geräthschaftswagen brauchen wir hier nicht näher einzugehen, da dieselben aus betriebstechnischen Gründen zur baldmöglichsten Freimachung des gesperrten Gleises vorhanden sein müssen und thatsächlich auch bei allen deutschen Eisenbahnverwaltungen auf den Stationen mit Eisenbahnwerkstätten da sind, wo die nöthigen Lokomotiven und Mannschaften zur Verfügung stehen.

Für den Transport der Verletzten dürften die bei der Armee fertig zusammengestellten Lazarethzüge die mustergiltigsten sein, zu denen 30 Krankenwagen mit je 10 Lagerstätten, ausserdem 11 anderen Zwecken dienende Wagen (Arzt-, Küchen-, Verwaltungs-, Apotheken- und Vorrathswagen) gehören. Den Eisenbahnverwaltungen stehen aber derartige Züge nicht zur Verfügung, sie begnügen sich mit sogenannten Rettungswagen, den als ersten v. Czatary in Budapest 1881[6]) konstruirte; dieselben sind bei den ungarischen Staatseisenbahnen seit jener Zeit eingeführt. Die österreichische Regierung hat hat dann später ebenfalls solche Kranken und Transportwagen angeschafft. In Deutschland ist Bayern mit der Einstellung von Rettungswagen vorgegangen, und sind 10 vollständig ausgerüstete Wagen auf den Zentralsitzen der früheren Oberbahnämter zur Unterbringung und Beförderung von Verwundeten bei Eisenbahnunfällen hinterstellt; dieselben sind nach dem Durchgangssystem gebaut und mit Ofenheizung, Gasbeleuchtungseinrichtung, Eiskasten und Abort versehen; da die Wagen Lenkachsen haben, können sie auch auf Lokalbahnen übergehen. In Preussen und den anderen Bundesstaaten fehlten bis jetzt eigene Krankenwagen; bei Unglücksfällen wurden Personenwagen 4. Klasse und Güterwagen mit bereit gehaltener, zweckentsprechender Einrichtung versehen. Bei uns in Baden sind 10 Stationen mit Linxweiler'schen Apparaten[7]) zur Ausrüstung von Güterwagen zum Krankentransport versehen. Derartig eingerichtete Wagen eignen sich wohl hierzu, besonders bei Massentransporten und haben sich im Kriege 1870/71 im Ganzen bewährt. Für die Friedenszeit aber, namentlich für den Transport Schwerkranker halten wir bereitstehende Krankenwagen für dringend erwünscht, und hat nun auch Preussen, besonders auf Grund der bei der Altenbekener Katastrophe gemachten Erfahrungen sich der bayerischen Einrichtung angeschlossen und ist im Begriff, ebenfalls sogenannte Arztwagen anzuschaffen. Auf 77 Stationen des gesammten preussisch-hessischen Staatsbahnbereiches sollen künftig Hilfszüge, bestehend aus einem Geräthschafts- und einem Arztwagen dauernd aufgestellt und lediglich zur Verwendung bei Eisenbahnunfällen zu jederzeitigen Benutzung bereit gehalten werden. Bei der Auswahl der Stationen ist davon ausgegangen, dass auf ihnen eine Betriebswerkstätte und unter Dampf befindliche Reservelokomotiven sich befinden, sowie dass die erforderlichen Rettungsmannschaften und Aerzte in genügender Zahl vorhanden sind. Auf dem Zentralbahnhof zu München war ein Hilfszug (ohne Geräthschaftswagen) zusammengestellt, der aus einem bayerischen, einem neuen preussischen Arztwagen und zwei Güterwagen zusammengesetzt waren, von denen der eine mit dem Linxweiler-schen Apparat und der andere mit der Port'schen Improvisation durch die Münchener Sanitätskolonne eingerichtet waren. Dieser Hilfszug wurde von den Mitgliedern des 5. deutschen Bahnärztetages, die sich in der über Erwarten grossen Anzahl von 707 Kollegen aus allen Gauen Deutschlands eingefunden hatten, in sehr eingehender Weise besichtigt. Allgemein wurde die praktische Ausrüstung beider Arztwagen anerkannt, und erregte die einfache, aber solide Ausrüstung des neuen preussischen Arztwagens allgemeines Interesse; schwer konnte man in dem schmucken, durch seine Einrichtung geradezu anheimelnden Wagen einen alten Personenwagen 4. Klasse vermuthen, der mit 3700 Mk. Kosten in diesen auch weitgehenden Anforderungen entsprechenden Rettungswagen umgewandelt ist. Die Referenten für Bayern, Hofrath Dr. Beetz in München, und für Preussen, San.-Rath Dr. Schwechten in Berlin haben ja eine genaue Beschreibung der betr. Wagen gegeben, unterstützt durch Zeichnungen derselben, die ein jeder Interessent sich von den betr. Eisenbahnverwaltungen leicht verschaffen kann. Der preuss. Arztwagen hat sich die mit den anderen Rettungswagen gemachten Erfahrungen zu Nutzen gemacht, und hat auch abgesehen von einigen leicht abzuändernden Ausstellungen die ungetheilte Anerkennung der sachverständigen Besucher gefunden. Wenn die beiden grössten Bundesstaaten Deutschlands diese Einrichtungen nun bereits haben, kann es nur noch eine Frage der Zeit sein, dass die anderen Staaten ihnen bald nachfolgen werden. Baden ist freilich wegen der langgestreckten geographischen Lage des Landes schlechter daran, als der besser arrondirte Nachbarstaat Württemberg; ein gegenseitiges Abkommen würde die Anschaffungen dieser Wagen sicherlich erleichtern; hierbei kommt man unwillkürlich zu der Frage: Darf der bayrische Rettungswagen in Würzburg z. B. über die weissblauen Grenzpfähle auf der badischen Strecke nach Lauda nicht herüber?

Bei allen Eisenbahnunfällen ist ein guter Meldedienst eine unbedingte Notwendigkeit; ich verweise auf die in dieser Beziehung vorgeschriebenen Bestimmungen der preussischen ministeriellen Verordnung vom 28. Februar d. J., die so erschöpfend und praktisch sind, dass denselben nichts mehr hinzuzufügen ist. Telegraph, Telephon und Veloziped müssen in wechselseitige Thätigkeit miteinander gebracht werden, um die ein für allemal für den Rettungsdienst bestimmten Beamten, Aerzte und Arbeiter in möglichst schnellster Zeit zusammen zu bekommen. Weiterhin will die preussische Verordnung noch besondere Bestimmungen ergehen lassen wegen weiterer Ausbildung der Fernsprechverbindungen, der Block- und Bahnwärter und Blockwärterhäuser mit der nächstgelegenen Station, sowie wegen Anstellung von Versuchen mit Fernsprechverbindungen, die von der Unfallstelle herzustellen sind.

Ueber die Nothwendigkeit von ausgebildeten Hilfsmannschaften können wir schneller hinweggehen, da ja bei denjenigen Verwaltungen, wo der bahnärztliche Dienst organisirt ist, die Fahrbeamten und das Stationspersonal in der ersten Hilfeleistung jährlich in einer Anzahl von Unterrichtsstunden und wiederholt unterwiesen werden; es muss den Leuten, denen sämmtlich zweckmässiger Weise auch eine kleine Anleitung in die Hände gegeben werden sollte, immer von Neuem der höchste Grundsatz bei der ersten Hilfeleistung eingeprägt werden: „Nur nicht schaden“.

Die praktischen Uebungen der Einrichtung von Güterwagen mit den Linxweilerschen oder ähnlichen Apparaten müssen viel häufiger gemacht werden, die preussische Verordnung schreibt daher höchst zweckmässig vor, dass mindestens zweimal im Jahre, darunter einmal zur Nachtzeit eine un-

6) „Le Transport des Malades et des Blessés dans les Waggons“ par Dr. Louis de Czatáry. Budapest. 1894.

7) „Transport Kranker und Verwundeter auf Eisenbahnen“. Einrichtung von Hilfs-Lazarethzügen. System: J. Linxweiler, München.

vermuthete Alarmirung der sämmtlichen hierzu berufenen Beamten, Aerzte und Arbeiter vorzunehmen ist, ebenso soll der Hilfszug einschliesslich der Lokomotive, mit sämmtlichem Personal bereit gestellt werden, womit dann eine Uebung mit den Mannschaften im Rettungs- und Aufräumungsdienst zu verbinden ist. Weiter müsste die Uebung derartig abgehalten werden, dass die Güterwagen während einer faktisch unternommenen Fahrt in einer bestimmten Zeit zu Krankenwagen eingerichtet werden müssten.

Bei den Hilfsmannschaften muss ein Zusammenwirken mit Sanitätskolonnen und Männerhilfsvereinen vom Rothen Kreuz erzielt werden, die gerade in dieser Beziehung ihre Berechtigung begründen und anlässlich der traurigen Eisenbahnkatastrophe in Heidelberg vor dem Karlsthore in einer geradezu aufopfernden, auch von autorativer Seite anerkannten Weise ihren Zweck bethätigt haben. Diese Kolonnen oder Samaritervereine müssen auf den Stationen, wo Apparate zur Ausstattung von Güterwagen und Krankentransportwagen vorhanden sind, unter Aufsicht von Bahnbeamten und der betreffenden Bahnärzte mit den Eisenbahnern zusammen Uebungen abhalten. Im Uebrigen verweise ich auf meine bei den Tragbahren gemachten Vorschläge, um ein einheitliches Zusammenwirken der betreffenden Faktoren zu gewährleisten. Dr. Rödiger, Frankfurt a. M., hat auf dem 5. deutschen Sameritertag in Posen, am 2. Juli d. J., anlässlich des Davidsohnschen Vortrages auf die in Frankfurt a. M. getroffenen Einrichtungen aufmerksam gemacht, wobei er als das Wesentlichste hervorhob, dass dort durch das Zusammenwirken aller in Betracht kommenden Faktoren unter thatkräftiger Mithilfe des sehr verdienstvollen Vorstandes der Eisenbahndirektion Frankfurt a. M., Herrn Präsidenten Thomé: Eisenbahn, Rettungsgesellschaft, Sanitätskolonne, Polizei, Aerzteverband für das Rettungswesen — etwas Brauchbares geschaffen worden sei. Nach dem Muster dieser Organisation, wenn auch natürlich mit verschiedenen, durch örtliche Verhältnisse bedingten Abänderungen, hat die Eisenbahndirektion Frankfurt a. M. bereits an 38 Stellen ihres Dienstbereiches ähnliche Einrichtungen getroffen; es sei auf die sehr beachtenswerthe Schrift von Dr. Rödiger: „Die Einrichtungen in Frankfurt a. M. für erste Hilfeleistung bei Eisenbahnunfällen“, Sonderabdruck aus der „Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen“, Nr. 12 u. 13 (1902) noch ganz besonders hingewiesen. Dr. Düms (Leipzig) berichtet bei gleicher Gelegenheit, dass die Sächsische Eisenbahnverwaltung den Landessamariterverband ersucht hat, die Samariterinstruktion einheitlich für das gesammte fahrende Personal zu gestalten, sowie dass die Unterbringung einer eigenen Rettungswache in dem neu zu erbauenden Zentralbahnhofe in Leipzig bereits in die Wege geleitet ist.

Als ein grosser Mangel muss es beklagt verden, dass bei den deutschen Eisenbahnverwaltungen kein gemeinsames Regulativ über das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen besteht. Bayern besitzt bereits seit vielen Jahren ein solches mit erläuternden Beilagen und Zeichnungen, kurz, klar und gemeinverständlich zusammengefasst. Die jetzt in Preussen unter dem Vorsitz der Eisenbahndirektion Münster in Westfalen von den Eisenbahndirektionen Berlin, Kassel, Breslau und Altona auszuarbeitende allgemeine Dienstvorschrift dürfte wohl das Vollkommenste werden, was dann überhaupt bestehen würde. Die vom preussischen Ministerium der öffentlichen Arbeiten gegebenen Direktiven und die von dieser Stelle bezeichneten Gesichtspunkte lassen bestimmt erwarten, dass mit dieser Dienstvorschrift auch die weitgehendsten Forderungen der Eisenbahnhygiene erfüllt werden, die mit der Vervollkommnung der betriebstechnischen Hilfsmittel Hand in Hand gehen. Das Eisenbahnwesen bedingt eben durch seinen ungemein komplizirten Apparat zahlreiche Gefahren für Personal wie für Reisende, und trotz der immer mehr angestrebten Vervollkommnung aller Einrichtungen und der Betriebsmittel werden die Eisenbahnunfälle bei der kolossalen Steigerung des Verkehrs und den immer mehr wachsenden Ansprüchen des reisenden Publikums in Bezug auf den Komfort und die Fahrgeschwindigkeit leider niemals aufhören.

Schliesslich braucht wohl nur noch der wohl berechtigte Wunsch ausgesprochen werden, dass allen Bahn- und Bahnkassenärzten je ein Exemplar des Amts- oder Verordnungsblattes der betreffenden Eisenbahndirektion übermittelt wird, wenn in demselben Verfügungen enthalten sind, welche zu kennen den Aerzten von Wichtigkeit ist. Ich nehme keinen Anstand, zu erklären, erst aus den politischen Tagesblättern bei uns erfahren zu haben, dass bei uns in Baden bereits seit Jahren auf zehn Stationen Krankentransportstühle sich befinden, deren Standorte ich aber erst später in einem Schreiben der Generaldirektion an mich erfuhr.

Wir Bahnärzte hoffen, dass unsere Verhandlungen auf dem 5. deutschen Bahnärztetage in München über die Rettungseinrichtungen bei den deutschen Eisenbahnverwaltungen den gewünschten Erfolg haben mögen zu einer möglichst schnellen Reorganisation und Vervollkommnung unseres Rettungswesens; wir halten uns weiter überzeugt, dass die Eisenbahnverwaltungen, unser ernstes Streben für erfolgreiche Mitarbeit anerkennend, sich nicht der Einsicht werden verschliessen können, dass diese scheinbar kostspieligen Forderungen der Eisenbahnhygiene doch billig sind, sofern sie ihren Zweck erfüllen, nämlich: Verhütung von Krankheiten und schnelle, erfolgreiche Hilfe bei schweren Eisenbahnunfällen.

Referate.

Chirurgie.

Ueber die Verwendbarkeit der Sehnenreflexe in der Chirurgie.

Von Dr. Alfr. Stieda, Ass. der chir. Klinik in Königsberg.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. und Inval.-Wesen 1902, Nr. 10.)

Die Sehnenreflexe werden bei der Diagnose chirurgischer Krankheiten wider Gebühr vernachlässigt. Sie sind bei Unfallverletzten in einem gewissen, dem Ort der schmerzhaften Erkrankung entsprechenden Bezirk gesteigert. Mangel einer Steigerung — wenn er nicht etwaigem Muskelschwund oder dergleichen entspringt — spricht für Fehlen wirklicher Beschwerden. Die Steigerung ist eindeutig, wenn sie nur am verletzten Gliede sich findet. Häufig aber ist sie beiderseitig. Wenn sie beiderseits gleichmässig ist, ist zunächst zu prüfen, ob sie einem organischen Nervenleiden, einer funktionellen Neurose oder einem Allgemeinleiden ihre Entstehung verdankt (Steigerung findet sich z. B. bei Marasmus, Kachexie nach Karzinom oder Sarkom, Tuberkulose, maligner Syphilis, Morbus Basedowii, Osteomalacie, Rekonvaleszenz). Sind solche Möglichkeiten auszuschliessen, so ist auch die doppelseitige Steigerung auf die örtliche Schädigung des einen Gliedes zu beziehen, und das Auftreten am gesunden Glied entweder durch den oft bis zur Schmerzhaftigkeit stärkeren Gebrauch desselben oder durch symmetrische Reflexbahnung zu erklären. Bei beiderseits ungleicher Steigerung findet sich die stärkere auf der verletzten Seite. Bei doppelseitigem Leiden, z. B. Plattfuss, ist der Reflex auf der Seite der grösseren Beschwerden stärker.

Lebhafter werden die Reflexe nach Gebrauch des Gliedes (Umhergehen, Armübungen!), schwächer nach Ruhe.

Die Reflexsteigerung ist ferner um so stärker, je näher das Reflexzentrum dem Ursprung der Erregung liegt. Das giebt vielleicht den Schlüssel zum Verständniss der traumatischen Neurosen.

Nicht allein Erkrankungen der Glieder bewirken Reflexsteigerungen, sondern auch des Beckens und der Wirbelsäule, letzterer, soweit nicht das Rückenmark unmittelbar geschädigt wird.

Die Beurtheilung der Sehnenreflexe muss immerhin stets im Zusammenhang mit den anderen Befunden geschehen.

E. Wullenweber-Schleswig.

Ueber frühzeitige operative Behandlung unkomplizirter intra- und präartikulärer Frakturen.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Altona; Oberarzt Prof. Dr. König.)

Von Dr. Lessing.

(Archiv für klinische Chirurgie, Band 68, Heft 1.)

Während bei den Diaphysenbrüchen auch ohne ein genaues Aneinanderpassen der Bruchenden eine Heilung mit günstigem funktionellen Resultat erzielt wird, vorausgesetzt dass die Richtung der Bruchstücke einigermassen der Norm entspricht, so trifft dieses bei den Gelenkbrüchen, welche besonders grosse Neigung zu Dislokationen haben, nicht zu. Hier ist zur Erreichung eines günstigen Resultates genaues Aneinanderliegen der Bruchflächen erforderlich, weil andernfalls durch vorspringende Knochenstücke, überreichliche Bildung von Kallus u. s. w. die Bewegungsfähigkeit des Gelenkes in hohem Grade beeinträchtigt wird. Lässt sich die Dislokation der Fragmente in diesen Fällen durch die bisherigen Behandlungsmethoden nicht völlig beseitigen, was durch Röntgenstrahlen festzustellen ist, so hat möglichst bald eine blutige Reposition mit nachfolgender Knochennaht zu erfolgen. Diese Behandlungsweise bietet ausserdem die Möglichkeit einer frühzeitigen Bewegung des Gelenkes, wodurch eine Versteifung desselben und ein Schwund der Muskeln hintangehalten wird.

Verf. berichtet über 6 frühzeitig operirte Gelenkbrüche und ist mit den erzielten Resultaten durchaus zufrieden.

Bei den Diaphysenbrüchen der langen Röhrenknochen ist von einer Operation abzusehen. Niehues-Berlin.

Ein neuer Bewegungsapparat.

Von Oscar Vulpius.

Aus der Dr. Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 35.)

Der in einer Abbildung veranschaulichte Apparat, ein Laufbarren, welcher ausser den Holmen auch noch verstellbare Krücken und eine Reckstange trägt, unterscheidet sich von den übrigen Laufapparaten wesentlich dadurch, dass er die Patienten zum Laufen zwingt. Er trägt nämlich einen verschieden schief verstellbaren Boden, welcher, jalousieartig gestaltet, endlos auf Gummirollen läuft, beliebig gebremst werden kann, beim Freiwerden aber unter der Berührung der Füsse vermöge seiner Schrägstellung in Bewegung geräth und dadurch zum Ausschreiten anregt. Der Apparat wird von der Firma Heldmann & Bender, Holzwaarenfabrik in Bensheim, Hessen, gefertigt. Seelhorst.

Funktionsherstellung durch Sehnenverpflanzung.

Von Dr. Richard-Magdeburg.

(Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 7.)

In einem Vortrage mit Demonstration bespricht Verf. die von Nicoladoni (1882) eingeführten, anfangs der neunziger Jahre von Drobnik u. A. wieder aufgenommene Sehnenverpflanzung, d. h. Abtrennung der Sehne eines gesunden Muskels und Anheftung derselben an die Sehne eines gelähmten oder geschwächten. Das Verfahren kann abgeändert werden je nach der Lage des einzelnen Falles: die gelähmte Sehne kann an die gesunde, die aktive Sehne an den Knochenansatz der gelähmten angeheftet, beide können — losgetrennt oder nicht — mit einander vereinigt werden u. s. w. Die Aufstellung des Operationsplanes, der von Fall zu Fall verschieden ist, geschieht auf Grund vorangegangener Prüfung der elektrischen Erregbarkeit; er kann aber noch verändert werden während der Operation auf die Besichtigung oder nochmalige direkte faradische Untersuchung der freigelegten Muskeln hin, ferner ergänzt werden durch Verkürzung oder, seltener, Verlängerung von Sehnen.

Dankbare Fälle für diese plastischen Operationen liefern die spinale und cerebrale Kinderlähmung, die Littlesche Krankheit, Hemiplegieen, der angeborene Klumpfuss, die rezidivirende Flexionskontraktur des Kniegelenks. Zur Behandlung kommen am meisten Fuss und Unterschenkel, aber auch der Oberschenkel und die obere Extremität. Nach der Operation wird für einige Wochen ein Gipsverband angelegt. Mitunter dauert das Eintreten des Erfolges länger, ist aber noch innnerhalb eines Jahres möglich. E. Wullenweber-Schleswig.

Ein Fall traumatischer Muskelerkrankung.

Von Dr. Rob. Lehmann-Danzig.

Mit 2 Abbildungen.

(Mon.-Schrift f. Unfallheilk. und Invalidenwesen. 1902, No. 4).

Ein Matrose hatte einen Messerstich unterhalb des Schulterblattwinkels (welcher Zwischenrippenraum? Ref.) erhalten: daran hatte sich eine eitrige Brustfellentzündung angeschlossen. Nach 2 Jahren fand sich ausser der tief eingezogenen und in weiterer Umgebung fest mit der Unterlage verwachsenen Narbe stark zusammengesunkene linke Brusthälfte, S-förmige Verbiegung der Wirbelsäule und abnorme Annäherung des linken Schulterblattwinkels an die dort linkskonkave Wirbelsäule. Bei seitlichem Erheben der Arme über die Horizontale erreicht das Schulterblatt normale Ruhestellung, die Wirbelsäule streckt sich im Ganzen und unterhalb der Narbe bildet sich eine gleichgerichtete Delle, über und unter der Muskelwülste sich anspannen und neben der ein Stück Wirbelsäule linkskonvex bleibt, letzteres, weil es dem Narbenzug unterliegt.

L. bezieht die abnorme Stellung des Schulterblattes auf eine Insuffizienz des M. serrat. ant. maj., herbeigeführt durch Annäherung von Ursprung und Ansatz desselben in Folge Einsinkens der linken Brusthälfte. Muskelschwund zeigte sich an den durchschnittenen Bündeln des unteren M. trapezius, der mittleren Partie des Ursprungs des M. latissimus dorsi und des M. erector trunci.

(Beschreibung und Abbildung der Stellung des Schulterblattes haben entschieden Aehnlichkeit mit der bei theilweiser Serratuslähmung. Sollte nicht ein Schwund dieses Muskels durch Nichtgebrauch vorliegen, da doch wohl der Kranke die Erhebung des linken Armes wegen der pleuritischen Schmerzen möglichst einschränkte, und der M. serratus durch seinen Ursprung diese besonders hervorzurufen im Stande ist im Gegensatz zu den anderen beiden Armhebern MM. deltoideus und trapezius? — Eine eigentliche traumatische Muskelerkrankung liegt nicht vor, nur ein Schwund, zum Theil wegen der Durchschneidung, zum Theil wegen der veränderten Mechanik. Ref.). E. Wullenweber-Schleswig.

Ueber Riss des geraden Bauchmuskels und seinen Mechanismus.

Von Dr. Schmidt-Kottbus.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1902, No. 6.)

In Prof. Dr. Thiems Anstalt in Kottbus kam folgender Fall zur Beobachtung: Ein Maschinenführer wollte einen Lowry-

kasten umkippen; als er zunächst unter Aufstemmen des rechten Fusses mit beiden Händen die Hebelstange an der Schmalseite zog, darauf gegen die Längsseite mit leicht gebeugten Knieen und an die Brust gelegten Oberarmen und gegen den Leib gelegten Ellbogen sich anstemmte, fühlte er zweimal einen heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend. Nach einer halben Stunde erfolgte Erbrechen. Eine nach einigen Tagen sich bildende Geschwulst im rechten Hypogastrium täuschte zunächst einen perityphlitischen Abszess vor, enthielt reichlichen Eiter, ihre Höhle reichte bis zur Mittellinie. Von ihr aus konnte drei Fingerbreiten über der Symphyse ein vollständiger Riss des rechten M. rectus festgestellt werden. Heilung nach sechs Wochen.

Verf. bespricht unter Heranziehung von Maydls Statistik der Rektusrisse (D. Ztschr. f. Chir. XVII, 3—6 u. XVIII, 1 u. 2) den Mechanismus derselben. Von 12 Fällen war der Riss neunmal oberhalb, einmal in der Höhe und zweimal unterhalb des Nabels. Diese Vertheilung scheint hinzuweisen auf die Inscriptiones tendineae, von denen zwei oberhalb, eine in der Höhe, eine angedeutete unterhalb des Nabels sich finden. Wahrscheinlich entsteht der Riss in oder über diesen, da sie doch am wenigsten dehnbar sind. Angaben aus der Autopsie mit Ausnahme eines operirten Falles liegen nicht vor.

Einmal war nach Maydl der Riss beiderseitig, einmal links, einmal rechts; weitere Angaben fehlten. Für das beiderseitige Zustandekommen ist nöthig das gleichmässig gerade Vornüberziehen des Brustkastens (Aufrichten beim Hintenüberfallen) oder Heben des Beckens nach vorn (Aufrichten nach Sprung). Das scheinbar wesentlich häufigere einseitige Entstehen wird wohl bewirkt durch sog. spiralige Aufdrehung des Muskels, d. h. z. B. neben dem Aufrichten des zurückfallenden Körpers gleichzeitige Drehung des Körpers um seine Längsachse nach schiefem Absprung. Verf. hält die verschiedene Kraftentwicklung des rechten und linken Armes und dadurch bedingtes ungleichmässiges Aufrichten des Oberkörpers ebenfalls für sehr wichtig.

Auffallend war in S.'s Fall das Erbrechen, welches eine Reizung des Bauchfells bedeutet, und die Vereiterung, für welche Anhaltspunkte sich nicht ergaben.

E. Wullenweber-Schleswig.

Neurologie und Psychiatrie.

Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

Von Gustav Aschaffenburg.

(Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1902, Mai.)

Ein interessanter Beitrag zu der so oft diskutirten Frage, der, wenn er auch mit besonderer Bezugnahme auf badische Verhältnisse geschrieben ist, doch hier besprochen zu werden verdient wegen der kritischen Berücksichtigung der allgemeinen Gesichtspunkte.

Da bei der Beantwortung der Frage die Interessen des Strafvollzuges, der öffentlichen Rechtssicherheit, der Irrenanstalten und endlich die der Kranken selbst kollidiren, so ist es erklärlich, dass eine endgiltige Regelung der Angelegenheit nicht so bald zu erwarten steht.

Die Aufrechterhaltung der Disziplin der Strafanstalten verlangt die Ausscheidung aller Geisteskranken. Wird der Kranke für strafvollzugsunfähig erklärt, so wird er Objekt der Irrenfürsorge, da seine Entlassung doch nicht angängig ist; aber wo soll er aufbewahrt werden? Verf. spricht sich gegen Adnexe der Strafanstalten aus, sowie auch gegen besondere Irrenanstalten, da die Anhäufung antisozialer Elemente in solcher Menge recht bedenklich erscheint. Andererseits sah N. in der Heidelberger Klinik, trotz der grossen Zahl krimineller Kranker, nur relativ wenig Individuen, die den Wunsch nach einer besonderen Abtheilung wachrufen konnten; und bei diesen war die Schwierigkeit für den Anstaltsbetrieb fast stets in der Psychose begründet, nur selten in der kriminellen Vergangenheit und dann speziell in der Entweichungsgewandtheit. Aus seinen Erfahrungen schliesst Verf., dass die Erbauung einer eigenen Anstalt für ein Land wie Baden völlig überflüssig ist.

In einem zweiten grösseren Abschnitte bespricht Verf. die Frage der Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranken unter besonderer Rücksichtnahme auf die drei einschlägigen preussischen Ministerialverordnungen der jüngsten Zeit. Es kann dem Irrenarzte nur erwünscht sein, wenn bei der Entlassungsfähigkeit auch die Kenntniss der wirthschaftlichen Lage und der Familienverhältnisse der zu Entlassenden berücksichtigt wird. Wird der Irrenarzt das Gutachten so abfassen, dass die leitenden Gesichtspunkte auch dem Nichtarzte verständlich werden, werden die zur Entscheidung berufenen Gerichts- und Polizeibehörden sich ebenfalls bemühen, die Grundlagen psychiatrischer Beurtheilung sich zu eigen zu machen, so wird die Handhabung der Verordnungen in der Praxis leicht.

Mit Recht mahnt Verf. schliesslich zur äussersten Vorsicht bei der Wiedereinziehung der von ihrer Geistestörung Gebesserten oder Genesenen, falls die Strafe noch nicht abgesessen ist.

Ernst Schultze.

Wann dürfen Homosexuelle heirathen?

Von Albert Moll.

(Deutsche medizinische Presse, 1902, No. 6.)

Es giebt Homosexuelle, die nach Familienleben streben, und insbesondere giebt es weibliche Homosexuelle, die Muttergefühle haben. In Folge dessen erscheint die Frage, wann Homosexuelle heirathen dürfen, nicht unberechtigt.

Massgebend bei deren Beantwortung ist das Verhältniss von Mann und Frau, nicht nur die rein physische Möglichkeit zur Ausübung des Coitus, sondern auch das psychische Verhältniss der beiden Theile zu einander, und dann die Rücksicht auf die Nachkommenschaft.

Verfasser hält die Ehe für kontraindizirt nicht nur, wenn die Coitusmöglichkeit ausgeschlossen oder aber stark vermindert ist, sondern auch, wenn die Homosexualität die psychosexuellen Beziehungen von Mann und Weib zu stören geeignet ist. In vereinzelten Fällen, wo nur zeitweilig homosexuelle Neigungen auftreten, könnte die Ehe als Heilmittel angesehen werden und in Betracht kommen, wenn nicht auf die Nachkommenschaft Rücksicht zu nehmen wäre; sie ist dann zu widerrathen, wenn eine degenerirte Nachkommenschaft zu erwarten ist. Der Naturheilvorgang des Aussterbens der degenerirten Rasse kommt nur für die öffentliche, nicht für die private Hygiene in Betracht. Natürlich darf andererseits nicht jedes beliebige nervöse Symptom schon genügen, von der Ehe abzurathen, sonst müsste dies fast immer geschehen. Eine Gefährdung der Nachkommen ist aber vorhanden, wenn in der Familie des Homosexuellen schwere, erblich belastende Nerven- oder Geisteskrankheiten aufgetreten sind; noch grösser ist die Gefährdung, wenn auch der andere Theil aus kranker Familie stammt oder wenn beide Theile blutsverwandt sind. In letzterem Falle kann über den schädigenden Einfluss kaum ein Zweifel sein.

Das Urtheil im konkreten Fall ist also meist nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu fällen.

Ernst Schultze.

Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie.

Von O. Kaiser.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. April 1902.)

V. bekämpft energisch die von Steffens vor Kurzem

aufgestellte Hypothese, dass das Wesen der Hysterie und Epilepsie überhaupt nicht prinzipiell unter einander verschieden sei, sondern dass dieselbe Krankheitsursache hierbei nur in verschiedener Form und in verschiedener Intensität und Nachhaltigkeit in die Erscheinung trete.

In der That sprechen sich auch die meisten, von V. angeführten Autoren dafür aus, dass beide Krankheiten entsprechend der grundsätzlichen Verschiedenheit ihres inneren Wesens, trotz aller Uebereinstimmung in vielen Symptomen grundsätzlich von einander zu trennen sind.

Für die Hysterie ist charakteristisch die abnorme pathologische Beeinflussbarkeit des gesammten Nervensystems durch Vorstellungen, sei es durch fremdartige (Suggestion) oder durch eigene (Autosuggestion), so dass man mit Sommer von „Psychogenie" oder von pathologischer Hypersuggestibilität reden möchte.

Der Epilepsie liegen Autointoxikationen in Folge abnormer Stoffwechselvorgänge im Organismus zu Grunde, welche mit pathologischen Veränderungen der Hirnrinde vergesellschaftet sind. Auch die Beobachtung, dass beim epileptischen Anfall die festen Harnbestandtheile beträchtlich vermehrt, beim hysterischen Anfall die festen Rückstände von Harnstoffen und Phosphaten vermindert sind, verdient nach V. Beachtung.

Ernst Schultze.

Gynäkologie.

Verurtheilung eines praktischen Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung in fünf Fällen durch Einlegen eines von ihm erfundenen besonderen Intra-uterin-Pessars als Frauenschutz.

Von Keferstein.

(Zentralbl. f. Gyn. N. 28. 1902.)

Verf. veröffentlicht die näheren Details über obige Angelegenheit, in der er wohl als Gerichtsarzt thätig war.

Der Obturator, um den es sich handelt, besteht aus einem versilberten Stäbchen, das in zwei federnde Enden auseinandergeht, welche, mit einem Führungsstab eingeführt, sich in die beiden Tubenecken einlegen. Nach Keferstein ist der Apparat kein Mittel zur Verhütung der Empfängniss, sondern ein Abtreibungsmittel. Denn da die vordere Platte die Gebärmutteröffnung nicht dicht abschliesst — schon um das Menstrualblut herauszulassen -- kann auch der Same in die Gebärmutter eindringen, aber natürlich wird eine Entwicklung des Eies in derselben durch den darinliegenden Stab unmöglich.

Der Erfinder hat das Instrument bei ca. 800 Frauen angewendet.

In fünf gerichtlich verhandelten Fällen sind nun Erkrankungen von Frauen durch das Instrument erzeugt worden. In drei Fällen davon war dasselbe zerbrochen und Theile desselben im Uterus zurückgehalten worden. Es war dabei einmal jauchiger Ausfluss und einmal Frühgeburt entstanden, eine dritte Frau starb zwar an Tuberkulose, aber es hatte jauchiger Ausfluss und Entzündung der Gebärmutter und der Adnexe bestanden, wie die Obduktion erwies. In den beiden letzten Fällen schwanden die Beschwerden nach Entfernung des Instruments.

Das Gericht nahm an, dass der Angeklagte als Fachmann die Möglichkeit schädlicher Folgen des Instruments erkennen musste und hat ihn deshalb wegen strafbarer Fahrlässigkeit zu fünf Monaten Gefängniss verurtheilt.

Schwarze.

Spontane Ruptur der Scheide mit kolossalem Darmvorfall.

Von Dr. Rommel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 64, Heft 1—3.)

Eine 38jährige Bauernfrau, welche sechs normale Geburten, die letzte vor 8 Monaten, durchgemacht hatte, klagte seit 1—2 Monaten wiederholt über Schmerzen im Unterleib. Eine Untersuchung fand nicht statt; Pessar wurde nicht getragen. Nach Erledigung ihrer anstrengenden Arbeit (unter Anderem Tragen eines sehr schweren Kessels) fuhr sie mit der elektrischen Bahn nach Hannover, um Einkäufe zu besorgen. Näheres über den zweistündigen Aufenthalt in der Stadt konnte nicht ermittelt werden. Die Frau fühlte sich jedoch nicht wohl, kehrte nach Hause zurück und begab sich sogleich zu Bett. Nach einer Stunde bemerkte sie zwischen den Beinen eine apfelgrosse blaurothe Geschwulst, welche bis gegen Abend die Grösse eines Manneskopfes erreichte. Der jetzt gerufene Arzt ordnete Ueberführung in das Krankenhaus an.

Hier fand sich ein mannskopfgrosses Konvolut von geblähten rothen Darmschlingen vor der Scheide liegend; eine Schlinge von ungefähr 25 cm Länge war von ihrem Mesenterialansatz abgerissen und blauschwarz gefärbt. Die Schlingen konnten in Beckenhochlagerung bis auf eine reponirt werden; Riss in der Scheide wurde nicht entdeckt. Am zweiten Tage trat der Tod ein. — Die Sektion ergab eine Ruptur der hinteren Wand der Vagina in Form eines kreisrunden Loches von 4 cm Durchmesser, welches 6 cm vom inneren Muttermund entfernt lag.

Verf. führt die Ruptur auf eine abnorme Brüchigkeit der hinteren Scheidenwand zurück; mikroskopische Untersuchung des Gewebes fand nicht statt.

Niehues-Berlin.

Doppelte Ruptur der Nabelvene mit doppelter Hämatombildung bei spontaner Geburt.

Von V. Westphalen.

(Zentralbl. f. Gyn. No. 12, 1902.)

Die Ueberschrift enthält das Besondere des Falles. Verf. macht darauf aufmerksam, dass diese seltenen Vorkommnisse ein grosses gerichtsärztliches Interesse haben, wenn die Mutter eine Sturzgeburt gemacht hätte, bei der das Kind sich sehr leicht hätte verbluten können.

Schwarze.

Vereinigung deutscher Hebammenlehrer und Wöchnerinnenasyl-Direktoren.

Von Brennecke.

(Centralbl. f. Gyn. Nr. 9).

Die neuesten Vorschläge zur Reform des Hebammenwesens.

Von Vogel.

(Ebenda Nr. 24).

Die Zukunft unseres Hebammenwesens.

Von Ahlfeld.

Schatz hatte auf der Naturforscher-Versammlung in Hamburg die Anregung zur Konstituirung einer Vereinigung deutscher Hebammenlehrer gegeben. Brennecke begrüsst dieselbe mit Freuden, sieht aber die Aufgabe der Hebammenlehrer nicht nur in einer Reform des Hebammenwesens, sondern in einer Reform der ganzen geburtshilflichen Ordnung und der Wöchnerinnenasyle, deren Direktoren der Vereinigung ebenfalls beitreten müssten.

Vogel bringt zunächst in referirender Weise die Forderungen, die Brennecke, Fritsch, Freund und Fehling für die Reform des Hebammenwesens wünschen. Ich füge sie hier folgend in ihren Hauptpunkten an:

des 6. Halswirbels zum grössten Theil zertrümmert war, während die Körper des 3. und 4. Halswirbels an ihrer vorderen Fläche mehr oder weniger tiefe, ziemlich breite Eindrücke zeigten; die Haut des Halses zeigte auch nicht die Spur einer sichtbaren Verletzung, auch keinen Bluterguss. Doch fanden sich letztere in der Muskulatur des Nackens und in dem prävertebralen Bindegewebe. Die grossen Halsgefässe und die übrigen Halsorgane unversehrt, desgleichen auch das Rückenmark ohne makroskopische Veränderungen. Wie diese Verletzung zu Stande gekommen ist, war nicht aufzuklären. F. C. Th. Schmidt ist bei der Merkwürdigkeit des Falles der Ansicht, dass es sich um Ueberfahren durch Automobil mit luftgefüllten Gummireifen handelte und bittet die Anwesenden in ähnlichen Fällen ihre Aufmerksamkeit auf diesen, Punkt zu richten. (Ausführliche Mittheilung in der Zeitschr. f. Med.-Beamte.)

Schäffer-Bingen stimmt in der Deutung dieses interessanten Befundes dem Vorredner bei und schliesst aus dem Mangel von Blutungen in der Haut, dass das betreffende Gefährt jedenfalls sehr rasch über den Hals hinweggefahren sein müsse.

3. Prof. Dr. **Kratter**-Graz spricht über die forensische Serodiagnostik des Blutes unter Zugrundelegung von Untersuchungen, welche in seinem Institute von Dr. Yanamatsu Okamoto aus Tokio im Laufe der beiden letzten Semester ausgeführt worden sind.

Uhlenhuth einerseits, Wassermann und Schütze andererseits haben gefunden, dass Blutserum von Versuchsthieren (Kaninchen), welchen längere Zeit Blut eines anderen Thieres oder des Menschen eingespritzt wurde, die Fähigkeit erlangt, nur in Lösungen jener Blutarten Niederschläge zu erzeugen, mit welchen sie vorbehandelt wurden. Darauf begründeten sie eine Methode zur Unterscheidung von Thier- und Menschenblut bei forensischen Blutuntersuchungen.

Dr. Okamoto hat dieses Verfahren in der Richtung seiner praktischen Verwerthbarkeit im Ernstfalle an der Hand von den wirklichen Vorkommnissen entsprechenden Objekten, deren Herkunft genau bekannt war, geprüft und ist zu Ergebnissen gelangt, welche Kratter veranlassen, vor der sofortigen Einführung des Verfahrens in die forensische Praxis zu warnen, da namentlich in der Hand von weniger geübten Untersuchern die Gefahr folgenschwerer Irrthümer vorhanden sei. Es werden eine ganze Reihe möglicher Fehlerquellen, welche dem Verfahren anhaften, aufgedeckt. Die wichtigsten sind folgende:

1. Blutserum von mit Menschenblut vorbehandelten Kaninchen (mit M-Serum bezeichnet) wirkt nicht immer präzipitirend auf Menschenblut, auch mit Rinderblut vorbehandelte Kaninchen liefern ein Serum (R-Serum genannt), welches in Lösungen von Rinderblut nicht immer Niederschläge hervorrief. Die Misserfolge betragen 15,38 Prozent, d. h. von Menschenblutproben, die mit M-Serum geprüft werden, kann ungefähr $1/7$ erfolglos bleiben.

2. M-Serum kann mitunter nicht nur in Lösungen von Menschenblut, sondern auch in anderen Thierblutarten, wie Schwein, Rind, Taube, Huhn und Ente und umgekehrt R-Serum im Blut von Menschen und anderen Thierspezies Niederschläge erzeugen. Okamoto erhielt 9,28 Prozent solcher Fehlschläge. Es folgt daraus, dass man $1/11$ von untersuchten Thierblutproben für Menschenblut zu halten gefährdet ist.

3. Schon im Serum allein entstehen mitunter in den ersten 24 Stunden flockige Niederschläge. Das Lösungsmittel ist oft entscheidend für den Ausfall der Reaktion; Ueberhitzen des Blutes und starke Fäulniss machen sie ganz unmöglich. Eine sichere Konservirung des spezifischen Serums ist bisher nicht gelungen.

4. Die Serumreaktion ist keineswegs spezifisch für menschliches Blut, sondern für menschliches Eiweiss. Daher geben auch Auszüge anderer menschlicher Gewebe und Sekrete, wie Samenflüssigkeit, eiweisshaltiger Harn, Hydrokelen- und Ascitesflüssigkeit u. A. die Serumreaktion.

Als Beleg, wie schwierig und verantwortungsvoll die hier in Rede stehenden Aufgaben seien, führt Kratter den weltbekannten Prozess Hilsner an, in welchem er, um ein Uebergutachten angegangen, entgegen dem Ausspruche der ersten Gutachter erklären musste, ein Fleck auf Hilsners Hose, der für Menschenblut erklärt worden war, sei nicht einmal sicher Blut, geschweige denn Menschenblut. Dies wurde nachträglich selbst von der czechischen medizinischen Fakultät zugegeben.

4. Landgerichtsarzt Dr. **Richter**-Wien. Neuere Methoden des forensischen Blutnachweises.

Die Erfahrungen des Vortragenden weichen von jenen Kratters ab. Richter sieht in der Serumreaktion eine sehr werthvolle Ergänzung der seitherigen Methoden des forensischen Blutnachweises, vorausgesetzt, dass die nöthigen Kautelen berücksichtigt werden. Für das Gelingen der Reaktion ist nach ihm die Benutzung bestimmter Blutarten nothwendig: im Blut von Kindern sind die aktiven Körper (Präcipitine) nur in geringer Menge vorhanden, weshalb bei Vorbehandlung mit Kinderblut die Reaktionen in der Regel weniger charakteristisch ausfallen. Auch bei Benützung gewisser Thiere erhält man nur undeutliche Reaktionen. Ebenso empfiehlt er, nur Blutserum und nicht das ganze Blut zur Vorbehandlung der Thiere zu benützen. (Ist auch von Wassermann und Schütze schon empfohlen worden.)

Richter hat seine Untersuchungen zumeist mit Blutserum von Erwachsenen (Serum aus menschlichem Plazentarblut) angestellt und hiermit befriedigende Ergebnisse erzielt. Als Reaktionszeit hält er 2 Stunden für ausreichend. Bei längerer Reaktionszeit können störende Niederschläge durch Bakterienwucherung entstehen, diese erscheinen als diffuse Trübungen in den oberen Schichten, während für die Reaktion charakteristisch die sich absetzenden Niederschläge sind.

Bei Blutflecken auf Eisen bleibt die Reaktion häufig aus, wenn nur ungenügende Mengen gelöst werden. Als Lösungsmittel darf nicht destillirtes Wasser verwendet werden, dasselbe giebt nach Richter in jedem Kaninchenserum eine Trübung; als bestes Lösungsmittel hat sich dem Vortragenden Kochsalzlösung bewährt. Alte Blutflecken löst man zweckmässig in doppelt physiologischer Kochsalzlösung und verdünnt dann diese Lösung zur Hälfte. Nach der Vorschrift von Uhlenhuth soll die auf Blut verdächtige Lösung zuerst filtrirt werden. Dies ist, wenn nur kleine Mengen zur Verfügung stehen, praktisch gar nicht auszuführen. In solchen Fällen lässt Richter die zu untersuchende Lösung in einer Kapillare sedimentiren und empfiehlt mikroskopische Untersuchung im hohlen Objektträger (feinkörnige, fein verästelte Niederschläge, die mit Eosin in physiologischer Kochsalzlösung gut färbbar sind).

Richter macht zum Schluss vorläufige Mittheilungen über seine Untersuchungen zur Unterscheidung des Blutes von verschiedenen Menschen. Diese Untersuchungen, die er gemeinsam mit Dr. Landsteiner angestellt hat, beruhen auf dem Prinzip der Agglutination. Die Thatsache, dass bei Verwendung von Blut des gleichen Individuums die Agglutination ausbleibt, hält Richter für bedeutungsvoll z. B. bei Untersuchung von Blutflecken an den Kleidern eines des Mordes Verdächtigen zur Entscheidung der Frage, ob es sich hier um Blut des betr. Verdächtigten (er

erinnert an die beliebte Ausrede „Nasenbluten") oder um fremdes Blut handelt. Bezüglich des Verhaltens zu dem Serum anderer Menschen hat Richter zwei Kategorieen festgestellt: das Blut von Individuen der einen Gruppe erweist sich in jedem oder beinahe jedem anderen Serum als aktiv und agglutinirt, das Blut der zweiten Gruppe agglutinirt nur selten bezw. gar nicht. Richter erklärt ausdrücklich, dass seine Untersuchungen nach dieser Richtung noch nicht abgeschlossen seien und deren Ergebniss für die Praxis noch nicht verwendet werden könne. (Schluss folgt.)

27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

(Fortsetzung.)

Die Donnerstagssitzung begann mit dem Referate des Regierungs- und Geh. Medizinalrathes Dr. E. **Roth**-Potsdam über die

Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanirung des Landes.

Dem ausgedehnten Vortrag (vgl. das Autorreferat) folgte eine längere Debatte, die hauptsächlich erläuternde Nebenpunkte zu den Ausführungen des Referenten brachte. Allgemein wurde betont, dass den Grossstädten der Wald in ihrer Umgebung erhalten bleiben müsse.

Das Bäckergewerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Konsumenten — behandelte das Referat des Professors Dr. R. Emmerich. Das Thema kann an heutigem Tage noch Anspruch auf volle Aktuellität machen, wenn auch bereits vor zwölf Jahren „der Schleier gelüftet wurde, um ein scheussliches Medusenhaupt zu zeigen", wie sich Bebel ausdrückte, als seiner Zeit die Sozialdemokratie die ersten Erhebungen über die Missstände in den Backstuben anstellte. Im Jahre 1889 hatte die „Deutsche Bäckerzeitung" eine Enquete angestellt, derzufolge in 663 Berliner Betrieben 12 und weniger Stunden gearbeitet wird, in 322 Betrieben 13—15 Stunden, in 87 Betrieben 16 und 20 und mehr Stunden täglich. Aehnlich waren die Zustände in München, die indessen im Laufe der Jahre eine Besserung erfahren haben. Am schlimmsten jedoch ist es mit dem Milieu bestellt, in dem die Bäckergesellen zu arbeiten haben. Hier herrscht in einem grossen Prozentsatze Unreinlichkeit. Ungeziefer, Ratten und Mäuse, die in nicht assenirten Städten pathogene Bakterien aus dem Boden, den Aborten u. s. w. auf das fertige Gebäck übertragen können, sind häufig in Bäckereien zu finden und Waschgelegenheit ist selten genügend vorhanden. In München wurde aus einer Unsumme von Ungehörigkeiten das Folgende festgestellt: In einer Backstube wurde der Kohlensäureinhalt der Atmosphäre mit 2,4 Prozent festgestellt. In dieser Atmosphäre, die ausserdem noch mit 36—40 Grad Celsius bemessen wurde, haben die Gesellen zum Mindesten 12 Stunden täglich zu verweilen. Die Schlafgelegenheit kommt natürlich an Qualität diesem Aufenthalte gleich. Mit der Bettwäsche ist es zumeist recht schlecht bestellt. Das Bäckergewerbe weist eine grosse Anzahl von Berufskrankheiten auf, die in Folge der überlangen täglichen Arbeitszeit, der Unreinlichkeit in den Arbeitsräumen und der schlechten Luft entstehen: Aderschwellungen, Krankheiten der Athmungsorgane, Bäckerkrätze, X- und O-Beine etc. etc.

Die Unreinlichkeit in den Bäckerstuben hat ihren Hauptgrund darin, dass in den meisten Bäckerstuben niemals feucht gereinigt wird, in München beispielsweise in 24 Betrieben. Es ist klar, dass alle diese oben angeführten Missstände ungemein schädlich auf die Gesundheit der Bäckereiarbeiter wirken. Wenn trotzdem die Sterblichkeitsziffer eine normale ist, so erklärt sich dies daraus, dass ein starker Prozentsatz von Bäckereiarbeitern mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren bereits dem Bäckereigewerbe den Rücken kehren, um irgend einen anderen Beruf zu ergreifen.

Das Brot, das wir aus unreinlichen Backstuben erhalten, ist ebenfalls ein unreinliches Erzeugniss und mikrobenbehaftet. Demgegenüber verdiene Erwähnung, dass eine grosse Anzahl von Bäckereibetrieben die Missstände früherer Zeit beseitigt habe. Es liegt also eine doppelte Gefahr vor: für das Bäckergewerbe und für die Konsumenten. Um dieser vorzubeugen, gilt es, gewisse Mindestforderungen zu stellen. Im Wesentlichen aber gilt es, den von den preussischen Ministerien des Handels und des Innern zusammengestellten Entwurf reichsrechtlicher Bestimmungen für Bäckereien und Konditoreien, jedoch mit mehrfachen Abänderungen zu befürworten. (Schluss folgt.)

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 21. Juni 1902.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Liepmann (Dalldorf): Ueber Seelenblindheit und sensorische Asymbolie. (Mit Demonstration.)

Unter Seelenblindheit wird eine Störung verstanden, bei der das Sehen erhalten, aber das Erkennen verloren gegangen ist. Die entsprechende Störung im Gebiet des Hörens ist die Seelentaubheit, im Gebiet des Gefühls die Seelentastlosigkeit etc. Sind diese Störungen vereint, so versteht die Person von den äusseren Eindrücken so gut wie nichts. (Verlust der Begriffe.) Dieser Zustand wird als Asymbolie, besser mit dem Freundschen Ausdruck Agnosie bezeichnet, während als Apraxie der verkehrte Gebrauch von Gegenständen trotz erhaltenem Erkennen derselben gilt. Von den vorgestellten Fällen ist der eine seelenblind; er macht nach einem Insult Alles verkehrt, erkennt Gegenstände meist nicht trotz guter Sehschärfe (Beweis durch erhaltenes Erkennen sehr kleiner Zahlen). Der Weg des Erkennens durch das Ohr ist frei. Doppelseitige Hinterhauptsherde werden angenommen. In dem zweiten Fall kommt zu einer ähnlichen Störung Sprachtaubheit und Schwerhörigkeit hinzu; daher bleiben ihm alle Eindrücke der höheren Sinne unverständlich. Durch einen ersten Insult wurde er nur sprachtaub, dann seelenblind und tastblind. Rechts ist er hemianopisch, links seelenblind. Er macht den Eindruck eines Verblödeten. Hier handle es sich um Herde in beiden Schläfenhinterhauptslappen.

An der Diskussion nahmen die Herren Jastrowitz und Liepmann theil.

J. Fränkel (Lankwitz): Zur Kenntniss der Sulfonalwirkung.

In zwei Fällen trat nach Sulfonalgebrauch Haematoporphyrie im Harn auf, im ersten vorübergehend bei schwerem Darniederliegen der Kranken, Genesung bei Anwendung von Alkalien, namentlich Natrium bicarbonicum, Stimulantien und Roborantien; im zweiten kam es zum Exitus. Dieser musste auch auf Schwächung des Herz- und Gefässsystems durch Alkohol, Narcotica und Hypnotica zurückgeführt werden. Vortr. erläutert und demonstrirt das chemische und spektroskopische Verhalten des Haematoporphyrin enthaltenden Urins und des rein dargestellten Farbstoffes nach ausführlicher Besprechung der Sulfonalliteratur. Er empfiehlt nur die vorsichtige Anwendung des Sulfonals in Dosen von 1—2 g mit geeigneten Unterbrechungen, genauer Kontrole, sofortigem Aussetzen bei auffallender

Dunkelfärbung des Harns und Verabreichung von Alkalien.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren Jastrowitz und Edel.

Juliusburger (Fichtenhof) berichtet über eine neue Methode zur Darstellung von Gefässen im Zentralnervensystem und über seine Befunde bei Paralyse und im Senium. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Neuere Rechtssprüche des Reichsversicherungsamts.

Unfallversicherung.

1. Die im § 8 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 und an entsprechender Stelle von den andern U. V. Gen. zugelassene — völlige oder theilweise — Versagung einer Unfallentschädigung Seitens der Berufsgenossenschaft in dem Falle, dass der Verletzte den Unfall bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urtheil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens sich zugezogen hat, unterliegt hinsichtlich ihrer Angemessenheit im Einzelfall der Nachprüfung der höheren Instanzen (Schiedsgericht, Reichs-Versicherungsamt). Es handelte sich bei dieser Entscheidung um den Unfall eines Bergmanns, der entgegen dem bergpolizeilichen Verbot eine zur Personenbeförderung nicht zugelassene Seilförderung im Schacht zur Ausfahrt aus der Grube benutzt und sich dadurch nach § 1 Abs. 2 des Reichs-Strafgesetzbuchs in Verbindung mit § 208 Abs. 1 des preussischen Allgemeinen Berggesetzes vom 24. Juni 1865 in der Fassung des Gesetzes vom 24. Juni 1892 eines vorsätzlichen Vergehens schuldig gemacht hatte. In Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht ist die Entziehung der Entschädigung vom Rekursgericht nach Lage des Falles nicht für gerechtfertigt erachtet worden, nachdem die Vorfrage, ob überhaupt ein Betriebsunfall trotz der Uebertretung des Verbots vorlag, bejaht worden war. Rek.-Entsch. 1935, A. N. 1902, S. 464.

2. Ein Blinder ist im Sinne des § 9 Abs. 3 des Gewerbe-U. V. Ges. „derartig hilflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann", da er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung, welche fast regelmässig Anforderungen an das Sehvermögen stellt, aus eigener Kraft nicht im Stande ist. Das Mass dieser Hilflosigkeit und die darnoch zu bestimmende Höhe der die Vollrente überschreitenden Unfallrente (zwischen $66^2/_3$ und 100 % des Jahresarbeitsverdienstes) richtet sich nach den sonstigen Fähigkeiten des Blinden. Rek.-Entsch. 1935, A. N. 1902, S. 468.

Durch diese aus der Entstehungsgeschichte der neuen Gesetzesbestimmung abgeleitete Auslegung ist eine frühere dieselbe Frage behandelnde Rekurs-Entscheidung (Ziff. 1899, A. N. 1902, S. 181) überholt worden, deren Begründung den Satz enthielt, dass mit dem Ausdruck des Gesetzes „ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann" nur derjenige hohe Grad von Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit bezeichnet worden sei, bei welchem der Verletzte „fast in jeder Lage und zu jeder Zeit der fortwährenden Unterstützung einer anderen Person nicht entbehren kann." Zur Begründung der „Hilflosigkeit" des Blinden wird in obiger neuen Entscheidung u. A. angeführt, dass gerade auch der Fall der Erblindung zur Einschaltung des § 9 Abs. 3 a. a. O., wie die Materialien des Gesetzes ergeben, Anlass geboten hat.

3. Wird gemäss § 22 des Gew. U. V. Ges. von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung im Krankenhause an Stelle der Unfallrente gewährt, so ist die in dem Bescheide ausgesprochene Einstellung der Rente für die Dauer der Krankenhausbehandlung ebenso wenig rekursfähig als die Anordnung der letzteren selbst (§ 80 Abs. 1 und § 69 Abs. 1 Ziff. 1 d a. a. O.). Rek.-Entsch. 1937 A. N. 1902 S. 468.

4. Eine Verpflichtung des Schiedsgerichts zur Beeidigung der von ihnen im Streitverfahren in Unfallversicherungssachen vernommenen Sachverständigen und Zeugen besteht auch nach der neuen Unfallgesetzgebung nicht; trotz etwaiger auf Beeidigung von ärztlichen Sachverständigen gerichteter Anträge hat hiernach das Gericht über die Frage der Beedigung nach Lage des Einzelfalles zu befinden (§§ 17, 18 der Kais. Verordnung betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten vom 22. November 1900). Rek.-Entsch. 1940 A. N. 1902 S. 474.

5. Ein Blitzschlag, welcher einen landwirthschaftlichen Arbeiter in einem vom Regen durchnässten Zelt auf einer vom Wasser stark durchtränkten, moorigen, das Grundwasser wenig überragenden Wiese und in weiterer Entfernung von höheren Gegenständen betroffen hatte, ist auf Grund eines Gutachtens des Abtheilungsvorstehers im Königl. meteorologischen Institut, Geheimen Regierungsraths Professor Dr. Assmann in Berlin, als Betriebsunfall anerkannt worden, weil der Verletzte durch die Betriebsarbeit zum Aufsuchen des Zeltes während des Gewitterregens veranlasst und dort der Gefahr, durch den Blitz verletzt zu werden, in wesentlich erhöhtem Masse ausgesetzt gewesen ist. Rek.-Entsch. 1941 A. N. 1902 S. 496.

6. Weil die Abnahme der zum Lohne gehörigen Naturalleistungen durch den Arbeiter dem Betriebe des Arbeiters zuzurechnen ist, hat das Reichs-Versicherungsamt den Unfall einer zur Arbeit im Gutsbetriebe verpflichteten Gutstagelöhnerfrau beim Abladen des vom Gute vertragsmässig gelieferten Brennholzes als landwirthschaftlichen Betriebsunfall anerkannt. Rek.-Entsch. 1942 A. N. 1902 S. 497..

7. Ein zur Besorgung von Bauholz von einem Zimmermeister unternommener Geschäftsgang ist wegen der damit verbundenen technischen Thätigkeit (Besichtigung, Vermessung des Holzes) dem versicherten Betriebe zugerechnet, nicht als eine rein kaufmännische Thätigkeit von diesem ausgeschieden worden in Rek.-Entsch. 1493 A. N. 1902 S. 497.

8. Die Bedienung der mechanischen Vorrichtung eines im Baubetriebe von einem Zimmermeister hergestellten Karnevalwagens während der Fahrt durch die mit der Herstellung betrauten Zimmerleute ist als versicherte Thätigkeit im Betriebe des Zimmermeisters angesehen in Rek.-Entsch. 1944 A. N. 1902 S. 498.

9. Die Ehefrau eines Verletzten, die ihre Ehe erst nach dem Unfall geschlossen hat, ist auch nach der neuen Vorschrift des § 22 Abs. 3 des Gew. U. V. G. vom 30. Juni 1900 während der Heilanstaltspflege ihres Ehemannes zur Angehörigenunterstützung berechtigt, wie dies für das frühere Recht durch Rek.-Entsch. 1212 A. N. 1893 S. 158 festgestellt war. Besch. 1948 A. N. 1902 S. 499.

10. Die Fassung des § 88 Abs. 3 des Gew. U. V. G.: „sofern nicht über die anderweite Feststellung zwischen der B. G. und dem Empfangsberechtigten ausdrückliches Einverständniss erzielt ist", nöthigt die Berufsgenossenschaften nicht dazu, vor Stellung des Antrages auf Rentenminderung beim Schiedsgericht in jedem Falle den Versuch einer Verständigung mit dem Empfangsberechtigten zu machen, wie auch der Verletzte nicht verpflichtet ist, einen Rentenerhöhungsantrag nach Ablauf der fünfjährigen Frist zunächst der Berufsgenossenschaft behufs etwaiger freiwilliger Bewilligung vorzulegen. Besch. 1948 A. N. 1902 S. 500. R—e.

Dass dieser als Beweis für die Richtigkeit der Lehre Lombrosos von der anormalen Beschaffenheit des Verbrechers dienen kann, ist von den Sachkundigen anerkannt worden."

Das heisst also mit anderen Worten: Der Berichterstatter kennt weder die Theorie Lombrosos noch die Ansichten seiner Gegner.

Ja wenn Lombrosos Theorie vom „Delinquente nato" nur dahin ginge, dass es unter den Verbrechern und grade unter den bizarren, sensationellen Verbrechern viele „Entartete", viele seelisch Minderwerthige, erblich Belastete, körperlich Missgeformte giebt — dann wäre die Sache sehr einfach. Dann würde der ganze Streit für und wider Lombroso, in dem die deutschen Irrenärzte mit wenigen Ausnahmen zur Gegenpartei des italienischen Gelehrten gehören, rasch verstummt sein. Dass der Streitpunkt ein ganz anderer ist, weiss jeder Fachmann und sollte jeder wirklich gebildete Laie wissen. Der grössere Theil des Publikums freilich weiss es nicht. Man bringt der Geschichte von dem Weibermörder reges Interesse entgegen, man liest natürlich auch die Anmerkungen des kritischen Berichterstatters und freut sich, über eine so vielgenannte Sache wie Lombrosos Lehre vom geborenen Verbrecher so kurz und einleuchtend belehrt zu werden. Je nach der weicheren oder härteren Anlage des einen oder anderen Lesers sagt sich dieser: „Es kann also Niemand mehr leugnen, dass die armen Verbrecher eigentlich blos Kranke sind", jener dagegen: „Die Irrenärzte sind doch überall egal, in jedem Schuft sehen sie einen Geisteskranken."

Kommt dann vielleicht in derselben Zeitung, etwa in der Sonntagsbeilage, drei Wochen später ein fachmännischer Aufsatz, der die Sache gründlich und verständig erörtert, so ist es zu spät: Die Fixigkeit macht auf den Zeitungsleser gewöhnlich grösseren Eindruck als die Richtigkeit.

Den Schaden haben die ärztlichen Sachverständigen zu tragen, die in ihrer Thätigkeit nachher einer Barrikade von vorgefassten Meinungen begegnen, bei Geschworenen und Schöffen, beim Publikum und in der Presse. Denn die Vorurtheile der Halbbildung sind nicht minder unheilvoll und zähe als die der Unbildung. F. L.

Ungenügende Inanspruchnahme einer Trinkerheilstätte.

Dass es schwer sein wird, genügend Heilstätten für die grosse Zahl der Alkoholkranken zu schaffen, ist schon oft erörtert worden — dass es aber schwer hält, für die einzige Trinkerheilstätte einer Millionenstadt genügend Insassen zu finden, das sollte man nicht für möglich halten.

Und doch ist es Thatsache: Die Heilstätte Waldfrieden leidet an einer zu geringen Belegschaft, weil trotz Ersuchens der Armendirektion nicht einmal die Berliner Krankenhäuser ihr Kranke zuweisen. Nicht einen einzigen Kranken bisher!

Wahrscheinlich liegt doch die Hauptschwierigkeit in der Abneigung der Kranken, in eine „Trinkerheilstätte" zu gehen. Diese Abneigung zu überwinden, wird in erster Reihe Sache der Aerzte sein, welchen hier, wie überall, die wenig angenehme, aber segensreiche Aufgabe zufällt, festgewurzelte Vorurtheile in gesundheitlicher Beziehung auszurotten. Aber es wird auch nothwendig sein, die Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Kassen und Stiftungen noch mehr als bisher darauf hinzuweisen, wie viele Kranke einem „Heilverfahren" in Waldfrieden zugänglich sind.

Honorirung ärztlicher Bescheinigungen durch die Militärbehörden.

In der in voriger Nummer dieser Zeitschrift besprochenen Veröffentlichung von Dr. Creutz findet sich der Passus: „Aber es ist dieselbe Geschichte wie mit den Militärbehörden, Auskunft will man in allen möglichen Sachen von den Aerzten haben, aber kosten darf es beileibe nichts."

Diese Bemerkung wird in der letzten Nummer des Aerztevereinsblattes von einem Militärarzt richtiggestellt. Derselbe führt aus:

Kein Zivilarzt, auch nicht, wenn er etwa dem Beurlaubtenstande angehört, ist verpflichtet, einer Militärbehörde eine Auskunft über einen Mann, den er behandelt hat, umsonst zu ertheilen. Eine im Jahre 1900 erlassene Anmerkung zu § 12, 4 der Dienstanweisung vom 1. Februar 1894 besagt: „Wenn . . . eine Mittheilung von Zivilärzten . . . für nöthig erachtet wird, so bedarf es hierfür nur der Einforderung einer kurzen, als „einfache Bescheinigung" über die Krankheit oder über die Behandlung zu bezeichnenden Angabe, für welche Mühewaltung auf Anfordern des Arztes der niedrigste Satz der Gebührenordnung für Aerzte auf Rechnung des Kap. 29, Tit. 6 zu entrichten ist."

Man gebe also die Auskunft und setze — auch wenn ein Truppentheil sie irriger Weise nach altem Usus als „kostenlose" verlangen sollte — darunter: Für die ertheilte Auskunft liquidire ich auf Grund des § 12, Ziffer 4 Anmerkung der Dienntanweisung x Mark.

Es erscheint uns besonders wichtig, unsere Leser auf diesen Rath hinzuweisen.

Aerztliche Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes.

Was ist ärztliche Behandlung? Der Aerzteverein in Greiz hatte sich über den Vorstand der dortigen O.-Kr.-K. wegen der Zulassung von „Naturheilkundigen" zur Behandlung von Kassenmitgliedern beschwert. Die Aufsichtsbehörde erster Instanz der Kasse, der Gemeindevorstand, hatte diese Zulassung untersagt. Auf die dagegen erhobene Beschwerde hat die Oberaufsichtsbehörde, das fürstliche Ministerium, die Entscheidung der Vorinstanz bestätigt. Eine Behandlung durch Nichtärzte sei niemals eine „ärztliche Behandlung" im Sinne des Gesetzes. Nur dann, wenn z. B. bei dringender Gefahr ein approbirter Arzt nicht alsbald zu erreichen sei, oder wenn besondere Verhältnisse die Zuziehung eines solchen erheblich erschwerten, dürfte die Hilfe anderer Personen angerufen und gewährt werden.

Für den grossen Todten dieses Jahres

Rudolf Virchow

soll in Berlin an öffentlicher Stelle ein Denkmal errichtet werden.

Vom 13. Oktober, Virchows 81. Geburtstage, datirt ein Aufruf, unterzeichnet von demselben Komitee, welches vor Jahresfrist dem damaligen Jubilar die „Virchow-Stiftung" überreichte.

Das Bankhaus Mendelssohn & Co., Berlin W., Jägerstrasse 49/50 ist bereit, Beiträge zu dem Denkmal in Empfang zu nehmen. Auch liegen Listen in den Buchhandlungen A. Asher & Co., Berlin W., Unter den Linden 13, A. Kirschwald, Berlin NW., Unter den Linden 68 und Georg Reimer, Berlin W., Lützowstrasse 107/108 sowie beim Kustos des Langenbeck-Hauses, Herrn Melzer, Berlin NW., Ziegelstrasse 10/11, aus.

Alle Mittheilungen, soweit sie nicht die Einzahlung von Beiträgen betreffen, sind an den Schriftführer, Herrn Prof. Dr. Posner, Berlin SW., Anhaltstrasse 7, zu richten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

eine Kontusion des Schultergelenkes erlitten, so würden wir genau dasselbe sagen, wenn wir beschrieben, der Mann ist beim Zusammenstoss zweier Eisenbahnwagen mit der Schulter auf den Erdboden gestürzt oder dem Mann ist beim Zusammenstoss und der Zertrümmerung zweier Eisenbahnwagen ein Balken auf die Schulter gefallen.

Es ist begreiflich, dass man, um eine solche Diagnose zu stellen, kein Arzt zu sein braucht und damit ist es ausgesprochen, dass diese Diagnosen keine wissenschaftlichen, überhaupt keine Diagnosen sind.

Jeder Arzt sollte dieselben daher nur dann stellen, wenn es ihm unter keinen Umständen möglich ist, den Zustand des gequetschten Theiles näher zu beschreiben und sollte dann aber auch stets zum Ausdruck bringen, dass es sich eigentlich nur um eine Verlegenheitsdiagnose mangels genauerer Kenntniss der verletzten Theile oder der Art der Verletzung handelt, und etwa folgendermassen als Erläuterung der Diagnose „Kontusion" hinzufügen: Zur Zeit besteht eine starke Schwellung, Druckempfindlichkeit und Bewegungsbehinderung des gequetschten Gelenkes und lässt sich jetzt noch nicht mit Sicherheit sagen, welche von den das gequetschte Gelenk bedeckenden und zusammensetzenden Theilen und in welcher Weise sie verletzt sind. Ein vollständiger Durchbruch oder eine vollkommene Verrenkung der Gelenktheile liegt nicht vor. Augenscheinlich handelt es sich nur um Muskelzerquetschungen u. s. w.

Meine Herren Kollegen! Mit der Anführung dieses Beispieles wollte ich zugleich aussprechen, wie ich sehr wohl weiss, dass es manchmal beim besten Willen für den Bahnarzt nicht möglich ist, sofort nach einer Verletzung eine wirkliche, wissenschaftliche Diagnose zu stellen, dass ihm dies, wie schon erwähnt, ein starker Bluterguss, grosse Empfindlichkeit der Patienten, vielleicht schon von vornherein eine gewisse Uebertreibungssucht derselben, der Mangel geeigneter diagnostischer Hilfsmittel, wie Narkose, Röntgendurchleuchtung, geeignete Assistenz, erschweren oder unmöglich machen wird, und dass doch andererseits von ihm die Eintragung einer bestimmten Diagnose in ein Gutachtenformular verlangt wird.

Ja, ich weiss auch aus eigener Erfahrung, dass man selbst beim Nachlass des Blutergusses, trotz wochenlanger und monatelanger Beobachtung im Krankenhaus, woselbst einem jede denkbare Unterstützung zum Stellen der Diagnose zur Verfügung steht, dass man selbst dann nicht immer mit Sicherheit sagen kann, hier hat nur eine Muskelquetschung, in diesem Falle ein Anbruch des grossen Knochenhöckers am Oberarm, in jenem ein Kapselriss stattgefunden.

Diese Mangelhaftigkeit unserer Untersuchungs- und Erkennungsmethoden wird uns immer wieder hier und da zu der mangelhaften und nichtssagenden Bezeichnung Kontusion hindrängen. Da muss man sich dann eben durch Erläuterungen und Beschreibungen der gefundenen Symptome helfen und salviren. Die Beschreibung der Symptome einer Erkrankung ist immer noch werthvoller, als die blosse Beschreibung des Vorganges der Gewalteinwirkung.

Wo uns ein guter Sammelname für ein Krankheitsbild fehlt, da müssen wir die einzelnen Erscheinungen, die einzelnen Abweichungen von der regelrechten Gestalt und Verrichtung des Gliedes oder Organes aufzählen.

Es ist von viel grösserem Werthe, wenn die einzelnen Erscheinungen von Nervenstörungen nach Unfällen aufgeführt werden, wenn also von der Pulsbeschleunigung, der gesteigerten mechanischen „Erregbarkeit der Gefässe", den Gefässstörungen, der gesteigerten Reflexerregbarkeit u. s. w. gesprochen wird, wenn alle diese Störungen einzeln aufgeführt werden, als wenn sich der Arzt mit dem durchaus unklaren Sammelnamen der „traumatischen Neurose" begnügt.

So sollte sich auch Niemand mit der Diagnose „Kontusion und Distorsion" begnügen.

Haftet doch gerade diesem zweiten Namen noch ein weiterer, sehr erheblicher Fehler an, nämlich der, dass noch gar keine Einigkeit unter den Aerzten darüber herrscht, was sie eigentlich unter dem Namen „Distorsion" verstehen wollen und sollen. Die Verdeutschung des Namens „Kontusion" in Quetschung wird ja zu gar keinem Bedenken Veranlassung geben. Wollten wir aber Distorsion einfach mit „Auseinanderdrehung oder Verzerrung" übersetzen, so würden wir nicht alles das ausdrücken, was wir Aerzte im Laufe der Zeit in den grossen Topf der „Distorsion" hineingeworfen haben.

Auch das deutsche Wort „Verstauchung" besagt nicht Alles, an was man bei dem Begriff „Distorsion" zu denken gewöhnt ist. Das Stauchen bedeutet doch im Deutschen das gewaltsame Aufstossen oder Anstossen eines Gliedes, sei es, dass man an das Aufstauchen der Füsse beim unvermutheten Abstürzen aus einer gewissen Höhe denkt, wenn man die Geistesgegenwart nicht hatte, den Fuss in Spitzfussstellung zu bringen, um den turnerischen federnden Absprung vorzubereiten und nun mit den Fersen auf den Boden staucht, sei es auch, dass man im Dunkeln mit dem Daumen an einen festen Gegenstand anstösst und sich dabei den Daumen „verstaucht". Dieses gewaltsame Aufstossen wäre eigentlich nur eine besondere Art der Quetschung des Gelenkes, eine solche in der Längsrichtung, ein Aneinanderpressen der Gelenkflächen.

Nun wissen wir aber, dass dieses Aneinanderpressen der Gelenkflächen noch eine zweite Wirkung nach sich zieht. Wenn ein fester Stab einen Stoss in der Längsrichtung erhält, so werden die einzelnen kleinen Theile, falls es zu keinem Bruche kommt, bis zur Elastizitätsgrenze in einander getrieben, der Stab wird in seinem senkrechten Durchmesser verkleinert, soweit dies möglich ist ohne Bruch. Der Stab als Ganzes bleibt aber unbewegt und fest. Bei einem gegliederten Stabe, wie einen solchen ein mit einem Gelenk versehenes Glied vorstellt, ist die Wirkung eine andere. Wenn es hier bei einer Gewalteinwirkung in der Längsrichtung nicht zum vollsändigen Quetschungsbruch kommt, so knickt der eine Theil des gegliederten Stabes um. Zu der Stauchung des Gelenkes kommt eine Knickung nach irgend welcher Seite hin, wobei nur auf der einen Seite die Gelenkflächen in einander gepresst werden, oft unter Entstehung eines Quetschungsbruches an dieser Stelle, auf der anderen Seite aber von einander entfernt werden unter Dehnung oder Einriss der Kapsel, der Verstärkungsbänder, Abriss von Gelenkrändern und sonstigen Knochenvorsprüngen.

So kann ein Sprung auf die Fersen entweder das Fersenbein oder das Sprungbein allein zerquetschen, die Gewalt erschöpfte sich dann in senkrechter Richtung, oder es kam nicht bis zu dieser Zermalmung, weil, vielleicht in Folge nicht ganz senkrechten Auftretens der Ferse im Sprunggelenk, eine Umknickung derart erfolgte, dass die Fusssohle nach innen gedreht wurde. Dabei wurden die Innentheile noch mehr in einander gepresst. Es kam hier zu einem Quetschungsbruch der inneren Knöchelspitze, während die äusseren Gelenktheile aus einander gezerrt wurden. Hierbei reisst in dem einen Falle das äussere Verstärkungsband mitten durch, oder es reisst von dem äusseren Knöchel oder Fersenbein ab, indem es die Rindenschichten des Knochens mitnimmt. Das Alles sind wir gewohnt, unter dem Namen „Distorsion" zu verstehen. Man müsste also mindestens im Deutschen Distorsion mit „Verstauchung und Verzerrung" übersetzen,

besonders erwähnt war. Er hatte sich wieder mit der Diagnose „Distorsion der Wirbelsäule" begnügt. Ferner wird oft nicht daran gedacht, dass die hinteren Wurzeln der Rückenmarksnerven bei Verletzungen der Wirbelsäule Schädigungen aller Art ausgesetzt sind. Am häufigsten ist das der Fall bei den das Hüftnervengeflecht, den plexus ischiadicus, zusammensetzenden Nerven.

Bezüglich des Hüftwehs, der Ischias, ist zu denken an die so häufig hierdurch bedingten Verbiegungen der Wirbelsäule und die Kontrakturen verschiedener Muskeln des Rückens, namentlich des Wirbelstreckmuskels. Das Fehlen oder die Abschwächung des Achillessehnenreflexes auf der kranken Seite ist ein ziemlich sicheres objektives Zeichen für Ischias; besonders kennzeichnend ist das Dehnungsphänomen, der Schmerz, welcher bei der Dehnung der kranken Nerven eintritt, wenn man das in der Hüfte und dem Knie stark gebeugte Bein im Knie streckt. Die typischen Druckpunkte sind durchaus nicht immer vorhanden, und ihr Fehlen berechtigt daher noch nicht, die Diagnose Ischias auszuschliessen. Man vergesse auch nicht, daran zu denken, dass sekundäre Wirbelverbiegungen von Hüftgelenkskontrakturen, sowie von allen mit Längenveränderungen der Beine einhergehenden Verletzungen und Erkrankungen, auch von starken Plattfüssen herrühren können, die überhaupt die Ursachen mancher Rückenschmerzen sind. Ferner bedenke man, dass Wirbelverbiegungen vielfach hysterischer Natur sind. Hierbei mache ich noch besonders darauf aufmerksam, dass Rückenschmerzen Vorboten von Wirbelsäule-Tuberkulose mit Senkungsabszessen sein können, dass sie dazu mahnen, nachzufühlen, ob nicht Nierenverlagerung vorliegt, wie man auch stets bei Rückenschmerzen an dieses Organ und an die Untersuchung des Harns denken soll. Man vergesse auch bei Frauen nicht die Untersuchung der Genitalien, deren Störung ja bekanntlich häufig die Ursache für „Kreuzschmerzen" abgiebt.

Ferner möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf zwei Gelenke richten, die bei Rückenverletzungen und Rückenschmerzen häufig betheiligt sind.

Das ist die Kreuzdarmbeinfuge, die ja der Betastung und Besichtigung leicht zugängig ist und sodann die weniger in die Augen springende und daher auch weniger beachtete doppelseitige Gelenkverbindung zwischen Kreuzbein und letztem Lendenwirbel.

Nach Heldenbergh-Gand soll eine Verletzung dieses Gelenkes, eine Arthralgie, die wahre und alleinige Ursache des traumatischen Hexenschusses sein. — Das kommt lediglich darauf an, was man unter lumbago traumatica verstehen will. Jedenfalls findet man aber das Gelenk häufig ergriffen bei Rückenschmerzen, die auf eine Gewalteinwirkung zurückgeführt werden. Es findet sich dann stets eine schmerzhafte Druckstelle dicht unter dem Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels.

Sodann will ich noch darauf hinweisen, wie oft es vorkommt, dass der untersuchende Arzt bei Rückenschmerzen an zwei naheliegende Verletzungen nicht denkt, nämlich erstens nicht an eine Knochenhautentzündung der hervorragenden Teile der Wirbelsäule, namentlich der Dornfortsätze bei kyphotischen Buckelbildungen, die längst vor dem Unfall als Bildungsfehler oder Arbeitsbuckel vorhanden gewesen sind.

Es ist so naheliegend, dass diese am meisten hervorragenden Theile bei einem Fall auf den Rücken zuerst und am stärksten gequetscht werden. Ferner denkt man nicht an das, was Kocher im eigentlichen Sinne des Wortes als Kontusion der Wirbelsäule hier verstanden wissen will, nämlich an eine Quetschung der Zwischenwirbelscheiben bei senkrecht auf das Rückgrat einwirkender Gewalt.

Ehe man bei behaupteten Rückenschmerzen von einem absolut negativen Befunde spricht, versäume man nicht, Gefühlsprüfungen vorzunehmen. Eine deutliche Abstumpfung, häufiger noch eine merkliche Erhöhung des Schmerzgefühls gegen Nadelstiche, den faradischen Strom oder Wärmereize an der angeblich schmerzhaften Stelle lassen trotz Fehlens sonstiger Erscheinungen die Angaben des Patienten über Rückenschmerzen glaubhaft erscheinen und meist an eine Reizung der sensiblen Wurzel der Rückenmarksnerven denken. Ausserdem ist hierbei wegen erhöhter Reizbarkeit eines Theiles des Reflexbogens fast immer der Kniescheibenbandreflex erhöht. Werden die Rückenschmerzen nur auf eine Seite im Bereich des Brustkorbes oder dicht unterhalb desselben verlegt, so versäume man nie auf das Littensche Zwerchfellphänomen, die sichtbare Auf- und Abwärtsbewegung des Zwerchfellrandes, zu achten. Fehlt diese Erscheinung auf der als schmerzhaft bezeichneten Seite oder ist sie hier weniger deutlich als auf der anderen, so sind die Klagen des Patienten nicht unbegründet und wir müssen weiter nach den Gründen suchen. Vielfach handelt es sich hierbei nicht nur um eine Quetschung der hinteren sensiblen Wurzeln, sondern einer oder mehrerer Interkostalnerven.

Endlich trifft man noch auf dem Rücken nach Verletzungen bisweilen schwappende umschriebene Schwellungen. Es handelt sich entweder um einen Lymphaustritt unter die Haut nach traumatischer Ablösung derselben, dem „Décollement traumatique de la peau" — Lavallèe — oder um einen Austritt von Cerebrospinalflüssigkeit durch einen Riss der Rückenmarkshüllen, einen sogen. falschen Rückenmarksbruch (Meningocele spinalis traumatica spuria — Liniger).

Gehen wir nun vom Rücken über zur Schulter, so begegnen wir hier nach Verletzungen der uns beschäftigenden Art einer grossen Reihe von Muskelabmagerungen und Muskellähmungen, die theils durch unmittelbare Quetschungen der Muskeln und Bewegungsnerven, theils durch mittelbare Quetschungen und Verzerrungen dieser Theile entstehen.

Es handelt sich hier um ein so schwieriges Kapitel der Muskel- und Nervenphysiologie und Pathologie, dass wir uns nur mit Anführung von besonders bemerkenswerthen Beispielen begnügen müssen.

Es können Muskelabmagerungen eintreten durch unmittelbare Quetschung des Muskelgewebes. Dies ist entweder so zu erklären, dass ein Theil der Muskelfasern vernichtet wird und später schwielig, narbig, entartet und schrumpft, was natürlich einen Ausfall ihrer Verrichtung zur Folge hat, oder gleichzeitig mit dem Muskelgewebe wurden auch die darin verlaufenden Endausbreitungen der Bewegungs- und Ernährungsnerven beschädigt, was ebenfalls die Wirkung der Abmagerung und lähmungsartigen Schwäche der Theile zur Folge haben kann.

Endlich kann die starke Dehnung oder Zerrung eines Muskels oder Gliedabschnittes, bei der ja an den in ihnen endigenden Nervensträngen auch gezerrt wird, eine Zerrung an dem Rückenmarksabschnitt bewirken, aus welchem die betreffenden Nerven hervortreten, die, selbst ziemlich widerstandsfähig, nur als zerrende Stränge wirken. Diese traumatische Läsion des Rückenmarkes, welche auch die trophischen Ganglien in den Vorderhörnern berührt, wird einen Ausfall der Verrichtung dieser spinalen Zentren der Ernährung zur Folge haben, der sich in der Abmagerung des betroffenen Theiles der Muskeln geltend macht, und es entsteht hiernach die sogenannte reflektorische Abmagerung, welche ja bekanntlich auch bei der Abmagerung der Oberschenkelstreckmuskulatur nach Kniescheibenbrüchen zur Erklärung herangezogen wird. Hierzu tritt nun noch die Ab-

namen Périarthrite scapulo-humérale beschrieben und Herr Geheimrath Küster, der diesen Gegenstand auf dem letzten Chirurgenkongress wieder besprochen hat, klagte mir darüber, wie es ihn schmerze, dass ehemalige Schüler von ihm, die er wiederholt auf diese Verhältnisse aufmerksam gemacht habe, im Gutachten gar nicht einmal die Vermuthung ausgesprochen hätten, es könne sich um diese Gebilde handeln. Ich kann nur bestätigen, dass ich ebenfalls wiederholt ein Uebersehen dieser Entzündungen oder eine falsche Deutung derselben seitens der Kollegen beobachtet habe, wie sich überhaupt diese Schleimbeutel über eine grosse Vernachlässigung seitens aller beschreibenden und behandelnden Aerzte zu beklagen haben. Nun will ich noch erwähnen, wie oft unter der Flagge Kontusion und Distorsion der Schultergelenke noch Absprengung des Pfannenrandes, des Schulterdaches, der Oberarmhöcker, Verletzungen des Schulterschlüsselbeingelenkes segeln, um wieder darauf zurückzukommen, wie misslich es ist, mit dieser unklaren, nichtssagenden Diagnose sich zu begnügen.

Beim Ellenbogengelenk bleiben unter dem Deckmantel der Kontusion unerkannt und verborgen nicht nur Absprengung der Oberarmknorren, des Kronenfortsatzes, Zerreissungen des Seitenbandapparates mit X-Armbildung (einer Verletzungsfolge, die überhaupt trotz ihres gar nicht übermässig seltenen Vorkommens so gut wie nie beschrieben wird), Zerreissungen des breiten Sehnenbandes vom zweiköpfigen Armmuskel (Lacertus fibrosus), Entzündungen der Schleimbeutel (subkutaner und subtendinöser am Ellenbogenfortsatz), sondern sogar Verrenkungen beider Vorderarmknochen oder des Speichenköpfchens allein mit Bruch der Elle.

So grob diese Versehen klingen, so sind sie doch entschuldbar bei anfänglich starken Blutergüssen; aber unbegreiflich bleibt es mir nur, dass Kollegen in unserer Zeit der Röntgenaufnahmen einerseits und der Haftpflichtgesetzgebung andererseits, diese ihnen unklar gebliebenen Fälle nicht einer Heilanstalt zuweisen, die genügende Untersuchungsmittel hat. Dann sind sie doch aller Verantwortung überhoben.

Dasselbe gilt, wenn sich die Kollegen immer noch vielfach mit der Diagnose Verstauchung des Handgelenkes begnügen und hierbei nicht auf Röntgendurchleuchtungen dringen, die häufig, statt der vermeintlichen Verstauchungen, typische Speichenbrüche oder Handwurzelbrüche oder Verrenkungen erkennen lassen. Bei Hand- und Armverletzungen aller Art wird bei der Beschreibung der Verrichtung häufig nicht bemerkt, wie es mit der Drehungsmöglichkeit des Armes um die Längsachse, der Pronation und Supination steht, trotzdem doch diese Verrichtungen bei allen schraubenartigen und drehenden Bewegungen für den Arbeiter von grosser Wichtigkeit sind und der Gedanke an diese Störung bei der Diagnose „Distorsion" recht nahe liegt.

Am Hüftgelenk werden mit der Diagnose „Kontusion und Distorsion" abgefertigt Verletzungen und nachträgliche Entzündungen des Trochanterenschleimbeutels und des dem Lendenhüftmuskel unterpolsterten Schleimbeutels, der Bursa subiliaca, Pfannenbrüche, weitergehende Beckenbrüche, Rissbrüche am Sitzknorren, am Schambein und Schenkelhalsbrüche, namentlich wenn sie eingekeilt sind und anfänglich keine Erscheinungen machen.

Wenn man auf die Diagnose Hüftgelenkkontusion oder Hüftkontusion verzichtete und lieber nach allen diesen Einzelheiten fahnden wollte, würde man häufiger auf die richtige Fährte kommen. Auch hier versäume man nicht, Röntgenuntersuchungen, obwohl deren Bedeutung hier überschätzt wird, und klinische Beobachtung zu empfehlen, wenn man seiner Sache nicht ganz sicher ist.

Vor Allem mache man sich klar, dass das Hüftgelenk auf jede schwere Quetschung fast mit mathematischer Sicherheit mit einer nachträglichen, oft sehr spät erst bemerkbaren Gelenkentzündung antwortet und dass daher bei jeder solchen schweren Quetschung sofort Krankenhausbehandlung und Anlegen des Volkmannschen Streckverbandes geboten ist, und um so mehr geboten ist, je unsicherer man in der Diagnose ist.

Am Kniegelenk will ich einmal wieder auf die Schleimbeutel aufmerksam machen, von denen die Bursa subpatellaris infragenualis, der dem lig. patellae untergepolsterte, also zwischen ihm und dem Schienbein belegene Synovialsack oft nicht Beachtung findet, obwohl seine Entzündung ziemlich schwere Störungen macht.

Sodann ist es mir auffallend gewesen, dass ich viele dutzendmale seitliche Wackelbewegung im Kniegelenk gefunden habe, ohne dass die Vorgutachter daran gedacht hatten, daraufhin zu untersuchen, und doch stellt das Wackelgelenk am Knie eine schwere Störung des Gelenkes dar. Noch seltener werden die so häufig zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes nach Verletzungen vorquellenden, verdickten Kapselabschnitte beachtet und beschrieben, die meist den flügelförmigen Bändern angehören; auch hintere Bänderrisse, die zum durchgebogenen Knie führen, werden oft übersehen bezw. werden alle diese Verletzungen unter der Diagnose Kontusion und Distorsion zusammengefasst.

Meine Herren Kollegen! Mit dem Fussgelenk haben wir uns ja schon beschäftigt, ich will nur kurz daran erinnern, wie wir auch hier eine ganze Reihe von Schleimbeuteln und Sehnenscheiden zu berücksichtigen haben, bei sogenannten Distorsionen des Fussgelenkes auch gelegentlich Sehnenverrenkungen, namentlich der Wadenbeinsehnen zu sehen bekommen, und nun noch darauf hinweisen, dass viele Aerzte immer nur bei den Gelenkbewegungen von denen im eigentlichen Sprunggelenk sprechen und auf die Hebung der Fussränder, die Pronation und Supination, die bekanntlich fast ausschliesslich in den beiden als Chopartsches Gelenk bezeichneten Gelenkverbindungen und nicht im eigentlichen Sprunggelenk erfolgen, so wenig achten, obwohl diese Bewegungen keineswegs zu den Luxusbewegungen gehören, wie einmal ein bekannter Unfallsarzt ausgeführt hat. Besonders möchte ich aber noch einmal darauf hinweisen, dass bedauerlicher Weise noch immer eine ganze Reihe von Fersenbeinbrüchen, ja sogar von Sprungbeinbrüchen, unter der falschen Firma „Fussverstauchung" in der Aertewelt angetroffen wird.

Meine Herren Kollegen! Wenn ein Mensch unvorhergesehener Weise mit den Füssen voran von einer Höhe von über einen Meter herabfällt oder ungeschickt mit den Hacken aufspringt, so erleidet er fast immer einen mehr oder minder ausgedehnten Quetschungsbruch des Fersenbeins, vorausgesetzt, dass er auf festen Boden auftrifft. Das Fersenbein ist nämlich ein weicherer, mürberer Knochen als das Sprungbein und wird von letzterem, als nachdringendem Keil wirkenden, Knochen auf einen festen Unterlage zermalmt. Trifft der Fallende oder Springende aber mit den Fersen auf weichen Boden, so gräbt sich das Fersenbein ein und wird zum festen Widerlager, zum Amboss, auf welchem sich das nachdrängende Sprungbein zerschellt.

Endlich möchte ich dringend rathen, bei allen Gelenkverletzungen auf Rückenmarksdarre zu untersuchen, da Tabische meist nach solchen Verletzungen schwere Gelenkstörungen, die sogenannten Arthopathieen, erleiden.

Es gilt also, alle diese sogenannten Kontusionen und Distorsionen nicht zu unterschätzen und sie baldigst klinischer

Behandlung und Beobachtung und der Röntgenuntersuchung zuzuführen, welch letztere ja bei den Verletzungen der meisten kleinen Fussknochen das einzige sichere Erkennungsmittel bildet.

Meine verehrten Herren Kollegen!

Ich bin am Schluss meiner Betrachtungen. Wenn ich Ihnen gelegentlich derselben vielfach einen Spiegel vorgehalten habe, so glauben Sie ja nicht, dass dies Ueberhebung von mir ist, und dass ich mich für klüger und weiser halte als praktische Aerzte, und dass ich etwa nur mit pharisäischem Hochmuth die Splitter im Auge des Nächsten gewahr werde. Fehldiagnosen und Täuschungen sind Niemandem erspart, und wenn das Wort nicht zu vermessen klänge, so möchte ich sagen, da, wo ich klug geworden bin, bin ich es auch vielfach erst durch Schaden geworden.

Es ist auch klug reden, wenn man, wie ich, als Besitzer einer Heilanstalt in der Lage ist, Fälle zu Dutzenden und Hunderten zu sehen, die praktischen Aerzten nur vereinzelt vorkommen, wenn man in der Lage ist, diese Fälle dauernd beobachten zu können, während sie der praktische Arzt nur gelegentlich sieht und dabei weder die Zeit noch die Untersuchungsmittel zur Verfügung hat, die einem im Krankenhause die Untersuchung erleichtern, wenn man auch, wie ich, in dem Vortheil ist, die Fälle meist bei der Nachbehandlung, also zu einer Zeit zu sehen, in der sich die Verletzungsfolgen schon deutlich ausgebildet haben und viel leichter zu erkennen sind, als kurz nach der Verletzung. Und nochmals! Wenn ich bei einzelnen Fällen behaupten darf, klug geworden zu sein, so bin ich durch Schaden klug geworden, und der Zweck des heutigen Vortrages ist im Wesentlichen, Sie und Ihre Patienten, meine verehrten Herren Kollegen, durch Mittheilung meiner Erfahrungen vor Schaden zu bewahren.

Der beste Weg, das Ziel zu erreichen, ist kein anderer als der der unermüdlichen, treuen, gewissenhaften Berufsarbeit. Wir müssen uns in jedem, auch scheinbar noch so geringfügigen Fall, auch nach den scheinbar unbedeutendsten Verletzungen selber dazu zwingen, zu einer ganz bestimmten, bis ins einzelne gehenden Diagnose zu gelangen, uns in die Diagnostik zu vertiefen und so unbestimmte, oberflächliche, nichtssagende Diagnosen, wie die der Kontusion und Distorsion, womöglich gänzlich vermeiden.

Diese Diagnosen sind überhaupt keine Diagnosen.

Wenn wir uns in dieser Beziehung keiner Selbsttäuschung hingeben, von uns selbst Wahrheit verlangen, die Treue gegen uns selbst wahren, so werden wir sie auch zum Wohl unserer Patienten üben.

Aus der Kgl. Universitäts-Ohrenpoliklinik zu München.

Ober-Gutachten über Schädelverletzung, Trauma des Ohres, traumatische Neurose

erstattet für das Reichsversicherungsamt.

Von

Prof. Dr. **Haug.**

Zur Vorgeschichte des Falles sei bemerkt: Der vormals völlig gesunde Arbeiter H. J. war im April 1901 gelegentlich einer Arbeit von einer freistehenden, aber schwingenden Wagendeichsel an den Kopf getroffen worden. In Folge der Erschütterung war er kurze Zeit ohnmächtig geworden und sei ihm glaublich Blut aus Nase und dem linken Ohre geflossen. Hierauf wurde er in ein Krankenhaus verbracht, in dem eine Wunde der linken Schädelseite, eine Durchlöcherung des linken Trommelfells nebst leichterer allgemeiner Erschütterung konstatirt wurde. Das Heilverfahren fand in diesem Krankenhaus den Abschluss nicht. Patient wurde temporär mit 30 Prozent begutachtet und Wiederherstellung in Aussicht gestellt. Einige Zeit darauf erfolgte seine Transferirung in ein anderes städtisches Krankenhaus, woselbst nach längerer Beobachtungsdauer eine traumatische Affektion des Allgemeinnervensystems, eine im Zusammenhange mit der Verletzung stehende linksseitige Mittelohreiterung mit Gehörverminderung links auf 90 cm für Flüstersprache konstatirt, eine Erwerbsbeschränkung zu 50 Prozent angenommen, dabei aber zugleich bemerkt wurde, dass, wie im ersten Krankenhause auch, die Tendenz einer Uebertreibung vorliege; eine weitere Besserung, resp. Heilung sei zweifelhaft.

Ausser in diesen zwei Krankenhäusern war Patient noch bei einem Kassenarzt in Behandlung, der auf totale oder nahezu totale Erwerbsunfähigkeit in Folge des Betriebsunfalles erkannt hatte und eine Besserung resp. Heilung so ziemlich ausschloss.

In Folge dieser letzten zwei Begutachtungen wurde von der Berufsgenossenschaft, der der Verletzte angehörte, freiwillig der Prozentsatz von 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht.

Seit 14. März 1902 steht Patient in Behandlung der Kgl. Universitäts-Ohrenpoliklinik und kam und kommt theils wöchentlich ca. 2—3 mal, theils in längeren Zwischenräumen hauptsächlich zur Nachbehandlung und Nachbeobachtung.

Am 15. Juni 1902 wurde er auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamtes einer neuerlichen genauen Kontrolprüfung unterzogen behufs Abgabe eines neuen Gutachtens, nachdem er abermals hatte Rekurs einlegen lassen wegen Erhöhung der 60 Prozent Rente auf Vollrente.

Auf diese Kontrolprüfung in Verbindung mit der langen Beobachtung stützt sich das folgende Gutachten.

Die subjektiven Klagen und Angaben des Verletzten sind nach wie vor seit dem Unfall die gleichen: Kopfschmerzen, Schwindel, insbesondere beim Bücken, leichte Ermüdbarkeit, besonders der Augen, Unfähigkeit zu irgend welcher Arbeit, Empfindlichkeit der linken Kopfseite, Schwerhörigkeit beiderseits, besonders links.

Allgemeiner Befund.

Objektiv: Mittelgrosser, ziemlich kräftig gebauter Mann von mittlerem bis gutem Ernährungszustande. An der linken Kopfseite leichte Ueberempfindlichkeit. (Narbe am linken Scheitelbein nicht adhärent). Die Kniesehnenreflexe sind gesteigert; die Pupillen sind gleichweit und reagiren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

Beim Stehen mit an einander gerade angeschlossenen Beinen tritt leichtes Schwanken ein, ebenso leichtes Schwanken beim Gehen, das verstärkt wird, wenn die Versuche mit geschlossenen Augen vorgenommen werden. (Rombergs Versuch u. s. w.).

Das Gesichtsfeld ist erheblich eingeengt, besonders für Weiss und Roth. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Im Nasenrachenraume nichts Besonderes. Sonst nichts Abnormes.

Spezieller Befund.

Gehörorgane. Rechts: Trommelfell ausser minimaler Einziehung und Trübung gut. Hörweite für Flüstersprache kaum 1 Meter angeblich. (Im September 1901 noch normal).

Links: Das linke Trommelfell weist einen über linsengrossen Substanzverlust der unteren Hälfte auf; die Ränder des Loches sind gewulstet, der Rest des Trommelfells ziemlich verdickt und geschwellt. Paukenhöhlengrund sieht gelbroth durch. Eiter und Sekret ist zur Zeit nicht vorhanden und

fehlt auch schon seit vielen Wochen. Perforationsgeräusch sehr deutlich. Hörweite für Flüstersprache = 0 (höchstens direkt ins Ohr geflüstert und auch da zumeist negirt).

Die Prüfung mit Stimmgabeln (hoch, mittel, tief) ergiebt für alle Töne ein Verlegen des Tones auf die bessere rechte Seite bei verkürzter Knochenleitung. (Weber-Schwabach scher Versuch). Beim Aufsetzen der Stimmgabel auf den Warzenfortsatz (Rinnes Versuch) fällt auf der linken Seite die Knochenleitung für alle Töne ganz aus, für Luftleitung ist sie verkürzt. Rechts ist Knochen- und Luftleitung verkürzt.

Es ist auffällig, dass die Hörweite beiderseits gegen früher (September 1901) sich angeblich erheblich verschlechtert hat.

Soweit wäre Alles in Ordnung, nun macht aber Patient bei der weiteren Prüfung Angaben, die grösste Unwahrscheinlichkeit in sich schliessen, bezw. auf simulatorische Uebertreibung schliessen lassen müssen:

I. Patient versteht ganz leicht und allmählich sehr leise Gesprochenes bei geschlossenem rechten Ohre ganz gut, während er vorher bei offenem Ohre 50 cm bis 1 m hörte (Anlässlich eines absichtlich zu dieser Prüfung herbeigeführten Gespräches).

II. Erst hört Patient die Stimmgabel vom Scheitel aus bei offenem rechten Ohre im rechten Ohre, nun aber bei geschlossenem rechten Ohre will er gar nichts mehr hören. Und das ist absolut falsch, denn hatte er die Gabel erst schon, wie es bei den wiederholten Versuchen immer wieder war, rechts gehört bei offenem Ohre, so musste er sie jetzt bei geschlossenem Ohre ganz unbedingt nicht nur überhaupt hören, sondern sogar viel intensiver auf eben dieser Seite.

Er hat eben, wie das regelmässig bei Simulanten oder Uebertreibern zu geschehen pflegt, folgendermassen für sich kalkulirt: „auf dem schlechten linken Ohre bin ich an und für sich taub und kann also da nichts hören; nun ist auch das bessere oder gute rechte Ohr verstopft, also darf ich jetzt da auch nichts mehr hören." Und dass eben diese Schlussfolgerung ganz verfehlt ist, wissen wir zur Genüge. Lässt man dann merken, dass man der Geschichte doch nicht so ganz traue, so geben die Leute zumeist jetzt eine geringe Perception zu und verrathen sich damit nur noch weiter.

Gutachten:

Auf Grund der langen Beobachtung (drei Monate), der verschiedenen vorausgegangenen Untersuchungen und auf Grund dieser letzten Untersuchung kann es zunächst keinem Zweifel unterliegen, dass eine Erkrankung des Allgemeinnervensystems, ausgesprochen in reizbarer Schwäche, Beweglichkeitsstörungen, Gesichtsfeldeinengung besteht; dass ferner die Zeichen einer eiterigen Mittelohrentzündung, die zu einer ziemlich umfänglichen Zerstörung des linken Trommelfells mit hochgradiger Herabsetzung der Gehörfähigkeit geführt hat, vorhanden sind.

Dass diese beiden Erkrankungen nach den Angaben des Patienten sowohl als insbesondere nach den vorausgegangenen Untersuchungen und Beobachtungen ihre Ursache in dem Betriebsunfall haben, ist als erwiesen anzunehmen, nachdem von einer früheren einschlägigen Erkrankung nichts bekannt ist. Die Klagen über beständigen Kopfschmerz und Schwindelgefühl lassen sich aus der Ohrerkrankung und der bestehenden allgemeinen nervösen Schwäche erklären.

Es bleibt das noch zu Recht bestehen, obschon Patient, besonders in Bezug auf das Hören, Angaben gemacht hat, die nicht im Einklange mit den objektiven Thatsachen stehen. Selbst wenn wir die ja hier und da vorkommende, erst später sich einstellende sympathische Miterkrankung des anderen, bei der Verletzung selbst nicht getroffenen Ohres annehmen wollten, bliebe trotzdem, gemäss der objektiven Befunde, eine wesentliche Uebertreibung bestehen. Gleichwohl bleibt nach Ausschluss all dieser Momente immer noch so viel Thatsächliches, dass auf eine Erwerbsbeschränktheit von 60 Prozent (höchstens 70 Prozent) zu erkennen sein dürfte, die ja Patient z. Z. an und für sich schon erhält. Eine weitere Erhöhung der Rente dürfte vorläufig nicht angezeigt sein.

Leichtere Arbeiten (Botengänge u. s. w.) sowie solche, bei welchen ein stärkeres oder häufiges Bücken ausgeschlossen ist, können jedenfalls ausgeführt werden. Ob noch weiterhin eine Besserung sich einstellen werde, dürfte zweifelhaft sein: bezüglich des Ohres ist sie wohl als ausgeschlossen zu betrachten.

Tumor der linken Zentralwindungen nach Unfall.

Von
Dr. Mann-Ulm,
Nervenarzt.

Als Beitrag zur Kasuistik der Hirntumoren nach Unfall und wegen des gleichzeitigen Auftretens hysterischer Symptome neben der organischen Erkrankung möchte ich den folgenden Fall bekannt geben. Er wurde von mir in dem Sinne begutachtet, dass die Ursache für den Tumor (Gliom) in dem Unfall zu suchen sei. Demselben wurde insofern stattgegeben, als die ursächliche Wirkung des Unfalls anerkannt, die Bezahlung von Rente aber verweigert wurde, weil Verjährung vorliege. Die Krankengeschichte ist folgende:

Am 18. November 1901 stellte sich mir in meiner Sprechstunde der 45 Jahre alte Arbeiter S. vor. Er gab an, er sei wegen eines Nervenleidens im städtischen Krankenhaus gewesen, wolle sich aber spezialistisch behandeln lassen. Dabei klagte er, man glaube ihm bei der Kasse nicht, dass er krank sei. Anamnestisch gab er an, dass seine Frau zweimal zu früh geboren habe. Lues, Gonorrhoe, Alkohol und Nikotinmissbrauch stellte er in Abrede, die Untersuchung ergab auch keine Anhaltspunkte für solche. Früher habe er ausser einigen Influenzaattacken und Erkältungen keine Erkrankungen durchgemacht. Sein jetziges Leiden habe er seit Anfang August 1901. Er habe damals einen „Brustkatarrh" gehabt. Am 6. August habe im Anschluss an einen heftigen Hustenstoss plötzlich die Sprache ausgesetzt, es seien Zuckungen in der rechten Körperhälfte, besonders im Gesicht aufgetreten, ferner Schwäche, Taubheitsgefühl in der rechten Hand und zeitweise Bewusstseinstrübungen; er habe oft das Gefühl, als ob es ihm den Hals zuschnüre, Schwindelgefühl, Schluckbeschwerden, kein Verschlucken. Solche Anfälle bekomme er seither fast täglich, in der letzten Zeit ein- bis viermal, auch Nachts. Bei Gemüthsbewegungen treten die Anfälle häufiger auf; wenn er mit fremden Menschen, oder mit Vorgesetzten reden solle, werde die Sprachstörung schlimmer. In die Zunge habe er sich nie gebissen, manchmal dagegen in die Lippen. Lesen könne er nicht mehr recht, weil er gleich ein „durmeliges" Gefühl in den Kopf bekomme. Das Gedächtniss sei schlechter geworden, ebenso der Schlaf. Viel Gähnen und häufig Aufstossen. Kein Stuhl- und Urinabgang während der Anfälle.

Auf weiteres Befragen gab er an, dass er vor etwa zwei Jahren einen Unfall erlitten habe: es sei aus einer Höhe von etwa $1^1/_2$ Meter ein gusseiserner Deckel auf seinen Kopf gefallen. Danach sei es ihm schwarz vor den Augen geworden, es sei ihm „durmelig" gewesen, er habe Schwindel bekommen

und sich eine Zeit lang setzen müssen. Umgefallen sei er nicht, er habe weder erbrochen noch geblutet, sondern nur auf der linken Kopfseite eine Beule gehabt. Etwa ein halbes Jahr lang habe er dann stechende Kopfschmerzen gehabt, von da an immer dumpfe Kopfschmerzen, auch habe er seither nicht mehr gut schlafen können. Die Arbeit habe er deshalb aber nie unterbrochen. Er legte auch dem Unfall weiter keinen Werth bei, insbesondere dachte er nie an den Zusammenhang des Unfalls mit dem „Nervenleiden", das er vielmehr auf den Brustkatarrh schob.

Das Symptomenbild war folgendes:

1. Herdsymptome.

Jacksonsche Anfälle. Klonische Krämpfe, gewöhnlich in der rechten Lippenmuskulatur beginnend, dann auf die rechte Gesichtsseite, einschliesslich Stirnmuskulatur übergreifend unter Betheiligung der Zungenmuskulatur, später auch manchmal unter Betheiligung der rechten oberen Gliedmasse. Wiederholt sah ich, dass der Kopf während der Anfälle nach der Seite und nach hinten gezogen wurde. Einmal war die rechte grosse Zehe betheiligt. Häufig anfallweise Ziehen, Kältegefühl, Rieseln, Prickeln in der rechten oberen, einige Male in der rechten unteren Gliedmasse aufsteigend bis zum Rippenbogen. Patient nannte dies „es spukt wieder in mir". Andere ähnliche Aequivalente in Form von Parästhesien. Die Anfälle dauerten eine halbe bis mehrere Minuten. Pupillenreaktion, Bewusstsein und Auffassung während des Anfalls erhalten.

Parese des Stirn- und Gesichtsfacialis rechts, des Hypoglossus, Parese des rechten Arms und später Beins ohne elektrische Veränderungen und Atrophie. Die befallene Seite deutlich kühler als die andere.

Allgemeine Reflexsteigerung, rechts mehr als links. Zittern der gespreizten Finger, besonders rechts.

Allgemeine Sensibilitätsherabsetzung auf der rechten Gesichtsseite, der rechten oberen und später der unteren Gliedmasse. Schliesslich Hyperästhesie der linken Körperhälfte. Allmählich fortschreitende Störung des Stereognostischen Sinns an der rechten Oberextremität.

Sprachstörung: schwerfälliges, lallendes Sprechen ohne Silbenstolpern, der bulbären Sprache ähnlich.

2. Tumorsymptome:

Pulsverlangsamung, Erbrechen, Schlafsucht, Gähnen, Kopfschmerz. Dagegen keine Stauungspapille.

Im Verlauf der ersten Wochen hatte er täglich solche Anfälle. Während meiner Weihnachtsreise soll er einen „Schlaganfall" ohne Bewusstlosigkeit bekommen haben, die rechte Seite sei gelähmt gewesen, einmal habe er alles doppelt gesehen. Von nun war sein Sensorium häufig getrübt. Es traten folgende Symptome hinzu: Beschränkung der Augenbewegung nach allen Seiten (rechts), Rombergsches Phänomen, schwankender Gang, manchmal Fallen. Viel Schwindel. Motorische Aphasie, zeitweise Paraphasie. Völlige Facialislähmung rechts, völlige Lähmung des rechten Arms, später völlige schlaffe Lähmung der rechten Körperhälfte bei linksseitigen motorischen und sensiblen Reizerscheinungen. Speichelfluss rechts. Vorübergehend Halluzinationen des Gesichts und Gehörs. Erloschensein der Pupillenreaktionen. Rechte Pupille weiter als linke. Viel Erbrechen. Unwillkürlicher Stuhl- und Urinabgang. Schlafsucht. Puls 50 bis 60. Die letzten 5 Tage völliges Koma. Exitus unter den Erscheinungen einer hypostatischen Pneumonie.

Bei den Anfällen von kortikaler Epilepsie war auffallend, dass sie im städtischen Krankenhaus bei Beobachtung häufiger und intensiver aufgetreten sein sollen; ich selbst habe gesehen, dass sie durch Faradisation der vorderen Halsgegend und die dem Kranken sehr imponirende Vibrationsmassage theils zu koupiren, theils zu kürzen waren, während andererseits eine Reihe von Anfällen natürlich unbeeinflussbar war. Immerhin war es mir so oft möglich, einen psychischen Einfluss zu konstatiren, dass ein zufälliges Zusammentreffen nicht anzunehmen ist. Ebenso war die Sprache zu beeinflussen. Diese wurde ausserdem durch psychische Erregungen entschieden schwerer. Ferner bekam Patient lokale Klopfempfindlichkeit des Schädels an dem angenommenen Sitz des Tumors erst, als er danach gefragt wurde; ferner reagirte er auf Beklopfen der betreffenden Stelle bei Ablenkung nicht, das Gleiche gilt von einem diffusen Kopfschmerz über der l. Schädelhälfte, den er s. Z. mit den Worten meldete „Jetzt thut es da weh, wo Sie gestern gefragt haben." Sicher ist dies, zum Theil wenigstens, der durch die wiederholten Untersuchungen gesteigerten Selbstbeobachtung zuzuschreiben, er achtete eben mehr auf Einzelheiten. Schliesslich will Patient bemerkt haben, dass bei ungünstiger Witterung sein ganzer Zustand schlechter sei. Zur Vervollständigung dieser Symptomenreihe will ich noch anführen, dass in der ersten Zeit der dem Kranken sehr imponirenden Behandlung subjektiv Besserungsgefühl, objektiv eine Abnahme der Zahl der Anfälle zu konstatiren war.

Trotz des Fehlens von Stauungspapille wurde die Diagnose auf einen Tumor der linken Zentralwindungen gestellt und zwar der unteren Partieen mit Uebergreifen auf die Sprachregion. Ich nahm an, dass die selten auftretenden Erscheinungen am rechten Bein auf Fernwirkung oder auf den durch die stärkere oder schwächere Blutfüllung des Tumors auf die Nachbargegend ausgeübten Reiz zurückzuführen seien. Es fand sich denn auch an der angenommenen Stelle ein Gliom, etwa kleinhühnereigross mit einer etwa bohnengrossen Erweichung im oberen Drittel derselben, etwa $1^1/_2$ cm von der Peripherie der Geschwulst entfernt. Die Erweichung rührte, wie ich annehme, von der Blutung her, die im Anschluss an den Hustenstoss in dem gefässreichen Tumor entstand und in Form eines apoplektischen Insults die letzte und manifeste Phase des Leidens einleitete, das der Kranke auf die Apoplexie, resp. den Hustenstoss zurückführte. Wir sehen also bei einem vorher gesunden Menschen nach einem Unfall einen Hirntumor sich entwickeln, der Anfangs nur wenig Symptome macht. Später werden die durch die organische Erkrankung bedingten Symptome so deutlich, dass die Diagnose derselben an sich leicht zu stellen gewesen wäre. Kurz vorher traten andererseits Symptome ein, die den Eindruck von hysterischen machen, so dass in Folge dessen eine Zeit lang auch die Anfälle von Jacksonscher Epilepsie für hysterisch gehalten werden. Zweifellos bestanden denn auch neben dem organischen Grundleiden Symptome, die rein funktioneller Natur sind. Selbst, wenn wir eine Beeinflussung des Leidens durch meteorologische Verhältnisse als möglich in Betracht ziehen, auch ohne dass wir eine rechte Vorstellung von der Art der Beeinflussung haben, so lässt sich das gelegentliche Koupiren, Mildern und Kürzen der Anfälle durch Faradisation oder Vibrationsmassage ebenso wenig erklären wie die Besserung der Sprache. Darauf, dass der Kranke auf einem bestimmten Spazierweg besser zu sprechen glaubte, will ich nicht eingehen, ich selbst habe es nie beobachten können und es mag damit zusammenhängen, dass er sich subjektiv wohler fühlte, weil er ungenirt war.

Näher kann ich hier auf diese Dinge nicht eingehen, es genügt mir, auf das Nebeneinanderbestehen der organischen und funktionellen Erkrankung hingewiesen zu haben. Im vorliegenden Fall nehme ich zwei Möglichkeiten an: Entweder ist die psychogene Erkrankung als direkte Folge der durch den Unfall gesetzten, zunächst feinen anatomischen Veränderungen aufzufassen, wobei ich anfügen will, dass ausser einer deutlichen Dermographie kein objektives Zeichen von Unfalls-Hysterie

vorhanden war. Oder sie ist auf die durch den Tumor im Schädelinnern allgemein veränderten Verhältnisse (Druck, Zirkulationsstörungen) zurückzuführen.

Im Gutachten führte ich als Ergebniss der Vorgeschichte und Beobachtung an, dass

1. Patient bis zum Unfall völlig gesund gewesen sei, dass er den Unfall nicht durch Schwindel oder andere auf einen schon bestehenden Tumor hinweisende Symptome erlitten hat und dass er seither an Kopfschmerzen litt.

2. dass er Anfangs August 1901 in Folge eines Hustenstosses eine Blutung in der linken Grosshirnhälfte erlitt, die, wie durch das Sektionsresultat (Erweichung innerhalb der Geschwulst) sich ergab, in die schon vorher bestehende gefässreiche Geschwulst erfolgte, somit nicht als selbständige Erkrankung aufzufassen ist.

3. dass der Patient an der Geschwulst gestorben ist.

4. dass aus Beginn, Verlauf und dauernder Erkrankung und der Art der Geschwulst ein Zusammenhang zwischen dieser und dem Unfall anzunehmen sei.

Selbstredend wurden diese Schlusssätze in dem Gutachten eingehend begründet. Dass die Berufsgenossenschaft trotz der von ihr anerkannten Folgen des Unfalls die Rentenzahlung an die Hinterbliebenen mit Hinweis auf Verjährung verweigerte und gegen das für sie ungünstige Urtheil des Schiedsgerichts Berufung einlegte, rührt wohl daher, dass der Unfall erst nach dem Tod angemeldet wurde. Eine frühere Anmeldung war aber deswegen unzulässig gewesen, weil eine einen Entschädigungsanspruch begründende Folge des Unfalls vor Anfang Dezember überhaupt nicht festgestellt werden konnte. Denn die ersten Erscheinungen, die Arbeitsunfähigkeit im Gefolge hatten, waren die einer Apoplexie nach heftigem Hustenstoss, die an sich zunächst mit dem Unfall nicht in Beziehung gebracht werden konnte. Später wurde er für einen Simulanten, zum Mindesten Hysteriker gehalten, den Niemand darauf aufmerksam machte, dass seine Krankheit möglicher Weise von seinem Unfall herrühre, während er selbst gleichfalls an diese Möglichkeit gar nicht denken konnte. Die Diagnose des Tumors wurde überhaupt erst anfangs Dezember, etwa sechs bis sieben Wochen vor seinem Tode, gestellt und auch zu dieser Zeit konnte nicht mit der nöthigen Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Geschwulst als Folge des Unfalls aufzufassen sei. Erst nach der am 23. Januar 1902 erfolgten Sektion konnte dies mit grösster Wahrscheinlichkeit gesagt werden und dann wurde der Unfall sofort angemeldet. Selbst wenn aber die Berufsgenossenschaft sich darauf berufen würde, dass schon mit der Diagnose des Hirntumors die Voraussetzungen des § 72 des Gew.-Unf.-Gesetzes eingetreten seien, so wäre seit dieser Zeit bis zur Anmeldung am 24. Jannar 1902 die in demselben vorgeschriebene Anmeldefrist von drei Monaten nicht versäumt worden.

Die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes steht noch aus.

Eine weitere Untersuchung des Tumors und des Hirns war leider nicht möglich, da durch ein Versehen des Laboratoriumsdieners das Präparat vernichtet wurde.

Wie soll man sich nun den Zusammenhang zwischen Tumor und Unfall denken? In der Aetiologie des Hirntumors spielt das Trauma entschieden eine Rolle, mag man sich nun denken, dass Keimgewebe zur Wucherung gebracht wurde, eine Möglichkeit, die ich bei Oppenheim[1]) erwähnt finde, oder dass eine leichte Hirnquetschung den Ausgangspunkt bilde (Virchow)[2]) oder, wie mir Paul Schuster (Berlin), mit dem ich in der Poliklinik von Professor Dr. Mendel zusammen arbeitete, brieflich mittheilte, „indem man annimmt, dass eine Blutung im Hirn entsteht und diese dann den ‚Kristallisationspunkt‘ gleichsam und den Nährboden für das Neoplasma abgiebt". Im vorliegenden Fall war der Zusammenhang zwischen Tumor und Unfall in vivo wohl in Erwägung zu ziehen, mit grosser Wahrscheinlichkeit konnte er aber erst festgestellt werden, als an der Leiche die Erweichung innerhalb des Tumors nachgewiesen wurde. Diese wird man ungezwungen als eine Folge der Apoplexie ansehen und die Apoplexie selbst als bedingt durch den gefässreichen Tumor, denn wenn diese nicht vorhanden gewesen wäre, so hätte der Hustenstoss wahrscheinlich nicht die schwere Folge einer Blutung gehabt. Will man nicht annehmen, dass z. Z. des Unfalles eine sich in den allerersten Anfängen befindende, keine Symptome machende Geschwulst vorhanden war, deren Entwicklung durch das Trauma beschleunigt wurde, so bleibt als einziges bekanntes ätiologisches Moment nur noch das Trauma. Für Letzteres spricht die Anamnese, Entwicklung und der Verlauf des Falles mehr, während für die erstere Annahme ein sicherer Anhaltspunkt nicht da ist.

[1]) Oppenheim, Geschwülste des Hirns, Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie. IX, 2.

[2]) l. c.

Referate.

Chirurgie.

Fremdkörpertuberkulose der Zunge in Tumorform.

Von Dr. Silbermark, Sekundärarzt an der Klinik von Mosetig-Moorhof, Wien.

(Wiener Medizinische Wochenschr. 1902.)

Auf dem Zungenrücken einer 58jährigen Arbeiterin, welcher das Aufspulen von fertiggestellter, appretirter Wolle in Strähnen oblag, entstand ganz allmählich ein hirsekorngrosses, über die Oberfläche vorspringendes Knötchen, welches platzte, einen Tropfen Eiter entleerte und in wenigen Tagen ausheilte. Nach neun Jahren bildete sich ohne besondere Ursache an derselben Stelle unter heftigen Schmerzen eine in kurzer Zeit bis auf Haselnussgrösse anwachsende Geschwulst aus, welche keilförmig exzidirt wurde. Ihre mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein zahlreicher kleiner, als Haarfragmente gedeuteter Fremdkörper, um welche sich das stark infiltrirte, Riesenzellen enthaltende Gewebe tumorartig verändert hatte.

Niehues-Berlin.

Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen.

Von Dr. Schlender.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin. Geheimrath Professor Dr. Hahn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64, Heft 5 und 6.)

Verf. berichtet über 12 Fälle von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen, welche seit 1885 im Krankenhaus Friedrichshain zur Beobachtung kamen; 4 betrafen den Kehlkopf, 3 die Luftröhre und 4 den Bronchus. Unter ihnen verdient eine Krankengeschichte wegen des eigenthümlichen Krankheitsbildes, welches der aspirirte Fremdkörper verursachte, besondere Erwähnung.

Ein 8jähriger Knabe „verschluckte" einen Bleistiftschoner. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus klagte er über Magenschmerzen, welche stets an dieselbe Stelle verlegt wurden und sich am folgenden Tage zu grösster Heftigkeit steigerten. Es trat reichliches Erbrechen kaffeesatzartiger Massen auf; abends erfolgte auf Ricinus der erste Stuhlgang von schwärzlich-grüner Farbe. Da Fieber hinzutrat und der ganze Unterleib druckempfindlich wurde, entschloss sich Hahn zur Laparotomie. Abgesehen von alten peritonitischen Strängen wurde Nichts gefunden.

Zwei Tage später bildete sich eine vollständige Dämpfung der linken Brusthälfte aus, welche von einem 17 Tage anhaltenden hohen remittirenden Fieber begleitet war. Eine nach Verheilung der Bauchwunde vorgenommene Röntgenaufnahme (1896) ergab das Vorhandensein des Fremdkörpers im linken Bronchus; er wurde in einem heftigen Hustenanfall expektorirt.

Verf. bespricht an derHand der übrigen Krankengeschichten Diagnose, Prognose und Therapie der Fremdkörper in den Luftwegen. Niehues-Berlin.

Pneumotomie wegen Fremdkörper.

Aus der chirurg. Abtheilung des Magdeburger Krankenhauses Sudenburg; Oberarzt Dr. Habs.

Von Dr. Paul Beckmann.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64, Heft 1—3.)

Ein 9 Jahre alter Knabe aspirirte beim Spielen eine Kornähre. Im Laufe der nächsten drei Wochen bildete sich unter hohem Fieber eine Dämpfung rechts hinten in der Gegend der 10. Rippe aus. Probepunktion ergab Eiter.

Bei der Operation (Dr. Habs) wurden aus der 10. und 11. Rippe je ein 5 cm langes Stück entfernt; die beiden Pleurablätter fanden sich verwachsen. Wiederholte Probepunktionen führten in einer Tiefe von 3,5 cm auf Eiter. Nach Durchtrennung des pneumonisch-infiltrirten Lungengewebes mit dem Messer gelangte man in eine wallnussgrosse Eiterhöhle, aus welcher der Fremdkörper mit der Kornzange entfernt werden konnte. Geringe, auf Tamponade stehende Blutung; steriler Verband.

Während acht Tage nach der Operation bestand schleimig-eiteriger Auswurf. Das Befinden besserte sich zusehends. Nach einigen Monaten war perkussorisch und auskultatorisch nichts Krankhaftes mehr nachweisbar. Niehues-Berlin.

Ueber die in den letzten zwanzig Jahren auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain vorgekommenen Verletzungen der Niere.

Aus der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain zu Berlin; Geheimrath Prof. Dr. Hahn.

Von Dr. Goldstein, Assistenzarzt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 65, Heft 1).

In den letzten 20 Jahren kamen im Krankenhaus am Friedrichshain 27 Fälle von Nierenverletzung zur Beobachtung, welche Verfasser einer längeren Besprechung über Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieser Verletzung zu Grunde legt.

Mit Ausnahme eines Falles (Schuss) waren alle Verletzungen durch Einwirkung einer stumpfen Gewalt, Ueberfahrenwerden, Hufschlag, Fall aus beträchtlicher Höhe auf eine Seite usw. entstanden.

Die Symptome wechselten sehr. Am konstantesten waren

1. Spontan oder auf Druck eintretender heftiger Schmerz auf der verletzten Seite.

2. Dämpfung über der verletzten Niere in Folge eines Blutergusses; einige Male konnte Wachsen der Dämpfung in Folge Zunahme des Ergusses festgestellt werden.

3. Blut im Urin. Das Blut verschwand durchschnittlich zwischen dem 4. und 14. Tage, doch wurden auch länger anhaltendes Bluthamen (bis zu 23 Tagen) und Wiederauftreten desselben nach einem freien Intervall beobachtet.

Die Prognose, welche in jedem Falle vorsichtig gestellt werden muss, ist in hohem Grade davon abhängig, ob das Peritoneum mit verletzt ist oder nicht. Für einen Riss des Bauchfells bezw. Blutung in die freie Bauchhöhle sprechen zuerst lokaler, dann aber sich über das ganze Abdomen verbreitender Schmerz, sowie Dämpfung zu beiden Seiten der Wirbelsäule.

Die Behandlung war in den 27 Fällen rein symptomatisch. Zweimal wurde operativ eingegriffen, doch lagen die Verhältnisse so, dass eine Rettung der Kranken ausgeschlossen war. Im Allgemeinen ging man gegen die Blutung mit Ergotin, gegen die meistens bestehende Herzschwäche mit den gebräuchlichen Exitantien vor. Diese konservative Behandlungsweise hat sich bewährt. Natürlich ist bei abundanter oder langsamer, dauernd fortschreitender Blutung der operative Verschluss der Gefässe indizirt. Niehues-Berlin.

Stichwunde in die Niere.

Von Oberstabsarzt Dr. Tubenthal.

(Münchener med. Wochenschr. 1902, No. 45.)

Beim Spielen mit einem Seitengewehr Mod. 84 flog dasselbe mit seiner Spitze einem Unteroffizier gegen die linke Seite des Rückens und brachte ihm dort eine Wunde bei, in welche eine Kornzange mit Leichtigkeit 5 cm tief eindrang. 1 Tag später wurde der Urin blutig, der in die Wunde eingeführte Jodoformgazestreifen war wässerigblutig durchtränkt, die Wundumgebung geröthet und vorgewölbt. Schräger Lumbalschnitt legte die verletzte Niere bloss, Drainage der Nierenwunde, Tamponade der Operationswunde folgte. Bis auf Temperatursteigerung am Operationstage und dem folgenden fieberloser Verlauf. Am 6. Tage wurde nach einmaliger Erneuerung der Nierentampon fortgelassen, am 11. Tage war die Nierenwunde durch Granulationsbildung, nach 5 Wochen die äussere Wunde durch allmähliche Sekundärnaht geschlossen. Der Verletzte wurde wieder völlig dienstfähig.

Seelhorst.

Neurologie.

Ueber einen Fall von Diabetes insipidus kombinirt mit nach Insolation hinzugetretener Epilepsie.

Von Dr. Lichtwitz jr.-Ohlau, Schlesien.

(Münch. med. Wochenschr. 1902. No. 45.)

Ein geistig nicht hoch veranlagter, aber aus gesunder intelligenter Familie stammender, 23 Jahr alter Packer, welcher seit Geburt an enormem Durst und enorm gesteigerter Harnmenge litt, erkrankte nach einer starken Besonnung, welcher er, seiner sonstigen Thätigkeit innerhalb geschlossener Räume entgegen, bei ausnahmsweise einmal nothwendig gewordener Beschäftigung im Freien in der Julihitze ausgesetzt war, an Kopfweh, Erbrechen, Mattigkeit und in der Folge an epileptischen Anfällen, die ein bis dreimal im Monat auftraten. Die Entstehung der Anfälle nach aussergewöhnlicher Betriebsarbeit veranlasste die Beantragung von Entschädigung, über deren Genehmigung das Verfahren noch schwebt.

Seelhorst.

Ueber neurasthenische Neuralgieen.

Von Professor Jendrassik-Budapest.

(Deutsche med. Wochenschr. 1902, No. 36 u. 37.)

Verf. weist auf die zahlreichen Fälle von Neuralgieen, insbesondere Trigeminusneuralgieen hin, in denen oft ein chirurgischer Eingriff nach dem andern (Zahnoperationen, Resektionen des Processus alveolaris, Resektion der Nervenstämme) vorgenommen wird, ohne dass ein Dauererfolg eintritt, und betont die Nothwendigkeit genauer Erkennung und Beachtung der ätiologischen Verhältnisse. Indem er wieder die wohlbegründete und zweckmässige, schon von Romberg gegebene Eintheilung in akute und chronische Neuralgieen hervorhebt, scheidet er von der Besprechung die letzteren aus, deren

Heilung schwer und oft erst durch Entfernung des Ganglion Gasseri, dann aber sicher zu erreichen ist, trennt von den akuten die Pseudoneuralgieen ab, die er, abgesehen von den sekundären, auch als „neurasthenische Neuralgieen“ bezeichnen möchte. J.'s Definition derselben deckt sich nicht ganz mit denjenigen Oppenheims und W. Sinklers (in Dercums Handbuch), am ehesten mit der Paul Blocqs.

Nach Anführung von 9 Fällen — 5 betreffen das Gesicht, 2 den Arm, 1 die hintere seitliche Brustwand, 1 die Hüfte — fasst J. das Eigenthümliche dieser Erkrankungen zusammen. Aus der Anamnese lässt sich zunächst die neurasthenische Veranlagung nachweisen, die zum Theil erblich ist (Kopfschmerz der Mutter!). An den Schmerzen ist auffallend ihre Kontinuität, die qualvoller ist, als ihre Intensität — sie treten nicht anfallsweise auf, sondern dauern stetig durch eine bestimmte Anzahl von Stunden, fast immer nur am Tage, vormittags ärger als nachmittags. Sie halten sich nicht an die anatomisch scharf begrenzten Nervengebiete, ziehen sogar auf die andere Körperhälfte hinüber. Ihre Beschreibung geschieht nicht mit der Präzision des echten Neuralgikers, sondern mit den den Parästhesieen eigenen erklärenden Vorstellungen und veranschaulichenden Bildern. Objektive Symptome (Zusammenzucken, Rothwerden, Thränenfluss) fehlen völlig; Druck auf den Sitz der Schmerzen ist oft sogar angenehm, die Thätigkeit der betreffenden Muskelgruppen (Sprechen, Kauen) ungestört. Durch die Stetigkeit des Schmerzes entstehen oft neurasthenische Zwangsideen eines Krebses, einer Geschwulst, einer Paralyse, die hartnäckig festgehalten werden.

Eine Auslese weiterer durch die Vielheit chirurgischer und sonstiger spezialistischer Vornahmen interessanter Fälle ermahnt dazu, durch Stellung der richtigen Diagnose die Kranken vor solchen zu schützen, sie vielmehr in interner Behandlung zu behalten, die durch genaue Individualisirung, in schwierigen Fällen in einer Heilanstalt, meist doch noch Hilfe zu bringen vermag. E. Wullenweber-Schleswig.

Ein Fall von isolirter Atrophie des M. supra- und infraspinatus.

Von Oberarzt Dr. Uhlich-Chemnitz.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1902.)

Ein Rekrut versuchte beim Turnen am Querbaum, als er aus dem Handstütz in Armbeuge übergegangen war, sich aus dieser wieder in die Stütze aufzurichten. Hierbei empfand er einen heftigen Schmerz in der rechten Schulter. Seitdem machte sich eine zunehmende Schwäche in der rechten Schulter bemerkbar, und die Mm. supra- und infraspinatus atrophirten. Verf. führt dieses auf eine Zerreissung des Nervus suprascapularis zurück, welche bei der Turnübung entstand. Niehues-Berlin.

Zur Pathologie der Peroneuslähmungen.

Von Siegfr. Daus.

(Dissert. Berlin 1902.)

Besprechung der Peroneuslähmungen auf Grund von 259 aus der Literatur zusammengestellten und 4 vom Verf. mitgetheilten Fällen nach ätiologischen und anatomischen Gesichtspunkten, von denen die ersteren den weitaus grössten Theil ausmachen. Er teilt ein in kongenitale und extrauterin erworbene Lähmungen, die letzteren erworben 1. durch mechanische Ursachen, 2. durch toxische, 3. als Theilerscheinung oder Komplikation bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, 4. Senium, 5. durch unbekannte Ursachen. Von den Fällen vom Verf. sind zwei zu Rubrik 1 gehörige (einer aus Bernhards Poliklinik in Folge von Ueberanstrengung und Schreck, einer aus der Klientel von Dr. Katschinsky traumatischen Ursprungs), einer gehört der Rubrik 3 an (Fall von Tabes mit Peroneuslähmung und vielleicht Arsenintoxikation aus der Mendelschen Poliklinik), der letzte (aus Bernhards Poliklinik) gehört der Rubrik 4 an.

Die Arbeit giebt eine anerkennenswerthe Uebersicht über die Peroneuslähmungen. L. Mann-Ulm.

Vergiftungen.

Kohlenoxydvergiftung in einer Schule.

Von Mediz.-Rath Majer-Heilbronn.

(Med. Korr.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesvereins. 1902. No. 43.)

In einer Schule zu Gross-Gartach wurde morgens die Lehrerin sammt zehn bis zwölf Kindern von Uebelkeit und darauf folgender Ohnmacht befallen, die anderen Kinder flüchteten sich aus dem Zimmer. Alle Erkrankten erholten sich binnen wenigen Tagen.

Als Ursache der Erkrankungen, die von vornherein als Kohlenoxydvergiftungen aufgefasst wurden, ergab sich ein Schaden an dem Schulofen. Bei diesem, einem Mantelofen, war der innere, die Feuerung umgebende Mantel in grosser Ausdehnung durchgebrannt und durchlöchert. Ausserdem war die Verbindung des Ofens mit dem Ofenrohr gelockert. Wahrscheinlich war, da doch der Schaden in der Mantelwand schon eine ganze Weile bestanden haben musste, bisher der Zug im Ofen stark genug gewesen, um alle Gase durch den Schornstein abzuführen. Als aber die Verbindung des Ofens mit dem Rohr ungenügend wurde, liess der Zug nach dem Kamin nach, und die Gase traten in die erwärmte Luft zwischen innerem und äusserem Mantel und mit dieser in das Klassenzimmer.

Eine Untersuchung aller Mantelöfen in den Schulen des Oberamts Heilbronn wurde daraufhin veranlasst.

Zur akuten Formalinvergiftung.

Von Stadtarzt Dr. Aug. Gerlach-Lauchheim.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 36).

Eine Magd trank in Folge von Verwechselung der Flaschen statt Jodkali 60—70 g Formalin Schering auf einmal und verfiel unmittelbar darauf in eine Art Rauschzustand. Da die Diagnose sofort gestellt wurde, wurde vermittels eines gerade erhältlichen Weinschlauches eine Magenspülung gemacht und Patientin genas nach 15 stündiger rauschartiger Bewusstlosigkeit und 12 stündiger Anurie (Katheterismus erfolgte), leichter Nierenreizung, leichtem Darmkatarrh (keine Blutung), Athmungs- und Pulsbeschleunigung, so dass sie am 3. Tage die Arbeit wieder aufnahm. Seelhorst.

Ein Fall von protrahirter Chloroformwirkung mit tödtlichem Ausgange.

Von M. Cohn, Assistenzarzt.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit; Geheimrath Prof. Dr. Sonnenburg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 64, Heft 1 bis 3)

Ein kräftiges, 21 Jahre altes Mädchen, bei dem sich mit Hilfe der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden keine Organveränderungen feststellen liessen, wurde wegen Adnexitis duplex im fieberfreien Stadium operirt. Bei Entfernung der einen Tube platzte der Sack und entleerte geruchlosen gelbgrünen Eiter; die Bauchhöhle war bereits durch sterile Tücher gegen das Operationsfeld abgeschlossen. Die Kranke brauchte während der eine Stunde dauernden Operation 175 Gramm Chloroform.

Der Eingriff wurde gut überstanden, doch trat nach zwei Tagen Ikterus auf, der Urin enthielt reichlich Eiweiss, wenig rothe Blutkörperchen, dagegen unzählige granulirte und Epi-

thelzylinder; die Gmelinsche Probe war gleichfalls positiv. Fieber und Pulsbeschleunigung fehlten. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich zusehends, und die Kranke ging am fünften Tage, nachdem mehrfach Delirien aufgetreten waren, unter den Erscheinungen der Herzschwäche im Koma zu Grunde.

Die Sektion ergab das Fehlen einer eiterigen Peritonitis, für deren Bestehen auch während des Lebens keinerlei Anzeichen vorhanden waren. Sepsis wurde gleichfalls ausgeschlossen. Dagegen zeigten Nieren und Leber, zum Theil auch das Herz hochgradige Veränderungen, welche hauptsächlich in Quellung der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen und Ablagerung von Pigment und Fett in ihnen, sowie in trüber Schwellung und Verfettung des Leberparenchyms bestanden. Niehues-Berlin.

Ein Fall von Oxalsäure-Vergiftung.

Von Prof. Rud. Kobert.

(Zentralbl. f. innere Med. 1902, No. 46.)

Der von K. mitgetheilte Fall ist für den Gerichtsarzt nach mehr als einer Richtung hin sehr beachtenswerth.

Bei einem Manne, der in selbstmörderischer Absicht Gift genommen hatte, trat der Tod so rasch ein, dass Vorbeigehende, die den Selbstmörder bei der That gesehen hatten und rasch um Hilfe in ein nahes Haus gegangen waren, bereits eine Leiche vorfanden.

Die Leichenöffnung ergab eine eigenthümlich rauhe, trockene Beschaffenheit und zum Theil graue Verfärbung bestimmter Stellen im Schlund, in der Speiseröhre, im Magen und obersten Dünndarm — sonst begreiflicher Weise nichts Abnormes. Das Herzblut blieb, wenn es ohne Zusatz stehen gelassen wurde, ungeronnen, gerann aber auf Zusatz von Chlorkalzium am ersten Tage. Schon ohne diesen Zusatz zeigten eingetrocknete Blutproben deutliche Krystalle von oxalsaurem Kalk. Der Mageninhalt enthielt Hämatin und Oxalsäure.

Danach war der Tod durch Oxalsäure sichergestellt. Besonders wichtig ist, dass ein von Kobert selbst s. Z. als charakteristisch nachgewiesenes Zeichen der Oxalsäurevergiftung hier ganz ausnahmsweise fehlte: die Ablagerung von oxalsaurem Kalk in den Nieren. Die Schnelligkeit des Todes erklärt diese Abweichung von der Regel: der Mann starb, ehe die Säure sich in den Nieren ablagern konnte.

Ein Fall von Antipyrin-Intoxikation.

Von Dr. Seiler-Interlaken.

(Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte 1902, No. 15.)

Bei einem schon längere Zeit erfolglos mit Salizylpräparaten behandelten Gelenkrheumatismus wurde zweistündlich 0,5 Antipyrin verordnet.

Am vierten Tage, nach Verbrauch von ca. 12 Gramm, stieg die bisher nicht über 38 Grad betragende Temperatur auf 40,5, der Puls wurde sehr rasch, das Gesicht schwoll wassersüchtig an, der ganze Körper bedeckte sich mit scharlachartiger Röthe. Fast dauernd bestand Schwindel und Brechreiz.

Unter Coffein und Digitalis besserte sich der Zustand, doch war die Abgeschlagenheit noch am nächsten Tage sehr gross, Nadelstiche wurden am ganzen Körper nicht als schmerzhaft empfunden. Der Harn war eiweissfrei. Am dritten Tage waren die Vergiftungszeichen geschwunden.

Verf. nimmt keine besondere Widerstandsfähigkeit des betr. Kranken gegen Antipyrin, sondern eine akkumulative Wirkung als Ursache der Vergiftung an.

Einige Bemerkungen über zwei seltene Vergiftungen.

Von Dr. Friedeberg-Magdeburg.

(Zentralbl. f. innere Med. 1902. No. 42.)

I. Intoxikation durch Extractum hydrastis fluidum.

Ein 22jähriges Mädchen sollte wegen Gebärmutterblutung — später stellte sich Abort heraus — 3mal täglich 25 Tropfen flüssiges Hydrastis-Extrakt einnehmen. Sie nahm zum Zwecke rascheren Erfolges am dritten Abend etwa 9 g auf einmal. Darauf trat Magenbrennen, Uebelkeit, Schwindel und eine kurze Ohnmacht ein. Es folgten Kopfschmerz, Beklemmung und Gesichtstäuschungen, am nächsten Morgen mehrmaliges Erbrechen dunkelgrüner Massen. Der Arzt, der nunmehr zugezogen wurde, fand alle Zeichen hochgradiger Herzschwäche. Auch leichter Durchfall stellte sich ein. Unter Anwendung von Herzanregungsmitteln erfolgte so rasche Besserung, dass am nächsten Tage kurettirt werden konnte und binnen fünf Tagen die Kranke geheilt entlassen wurde.

II. Intoxikation durch Petroleum.

Ein 25jähriger Mann, der irrthümlich zwei Schluck Petroleum statt Schnaps getrunken hatte, fühlte sich am nächsten Morgen matt und abgeschlagen, hatte Kopfschmerz und Durchfall. Subjektiv roch und schmeckte ihm Alles nach Petroleum, objektiv war dieser Geruch weder in der Athemluft, noch im Harn nachweisbar. Das Allgemeinbefinden besserte sich sehr rasch, die unangenehme Geruchs- und Geschmacksempfindung schwand erst nach 6 Tagen. Verf. hält diese Störung für nervös, lediglich durch die eigene Vorstellung bedingt.

Ein Fall von Vergiftung durch die Douglasfichte (Tsuga Douglasii).

Von Dr. R. Neudörffer-São Paolo (Brasilien).

(Centralbl. f. innere Med. 1902, No. 40.)

Die Ueberschrift lässt vermuthen, dass es sich um eine tropische Vergiftung handeln möchte, das ist aber nicht der Fall, vielmehr hat die Vergiftung sich in Mecklenburg zugetragen.

Eine Gärtnersfrau, die Tage lang Kränze aus Zweigen der Douglasfichte geflochten hatte, erkrankte mit Kopfschmerz und Uebelkeit, bald folgte schwere Benommenheit und Durchfall. Der Arzt fand keine Organstörungen, leicht unterdrückbaren Puls, angestrengte Athmung, tiefe Gesichtsröthe und Zuckungen in den Beinen. Am nächsten Tage bestand noch starke Verworrenheit, der Harn enthielt Eiweiss, kein Terpentin oder verwandte Stoffe, er roch nicht auffallend; ebensowenig hatte, soweit dies in der Fichtenatmosphäre der Wohnung zu prüfen war, die Athemluft einen besonderen Geruch.

Es dauerte mehrere Tage, bis das Eiweiss aus dem Harn verschwand. Noch viel länger blieben seelische Störungen zurück: die Frau war unlustig zur Arbeit, weinerlich, vergesslich. Ausserdem hatte sie eine stolprige Sprache und eine Schwäche im linken Arm. Erst etwa binnen 5 bis 8 Wochen war sie ganz hergestellt.

Später wurde ermittelt, dass bei den Arbeiten mit der Douglasfichte noch andere Personen Beschwerden bekommen hatten, wenn auch in viel geringerem Masse.

Ausser mit der Athemluft kann der giftige Stoff direkt durch die Finger in den Mund gebracht worden sein, da während der Arbeit mit ungewaschenen Händen gegessen wurde.

Die chemische Natur des wirkenden Giftes ist vorderhand unbekannt. Terpentinöl dürfte auszuschliessen sein, da es im Harn fehlte.

Für unsere Leser gewinnt der Fall ein doppeltes Interesse dadurch, dass es sich um eine gewerbliche Vergiftung handelt.

Recht bemerkenswerth ist auch, dass hier wieder einmal nach Ablauf einer subakuten Vergiftung das Krankheitsbild einer schweren Neurose zurückgeblieben ist.

Ohrenheilkunde.

Ohr und Sprache.

Von Treitel.

(Klin. Vorträge aus dem Gebiet der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Haug. Bd. V., Heft 7. Jena 1902.)

Auf die Hörprüfungsmethode Oskar Wolf's zurückgreifend beschäftigt sich der Verfasser eingehender mit dessen 5 Thesen, die er denn auch mit einigen Einschränkungen noch immer als vollwerthig anerkennt. Nur der Wolf'schen Behauptung, dass der Grad der Hörfähigkeit mit der Grösse des Trommelfelldefektes abnehme, tritt er entgegen mit der jedenfalls richtigeren Erklärung, dass die Schwerhörigkeit hauptsächlich durch Narbenfixation in der Trommelhöhle bedingt werde. Leider wurde dies nicht weiter begründet. Daran schliesst sich eine nähere Betrachtung über die Konsonantenauffassung seitens Schwerhöriger, die Fehler bei derselben schiebt Tr. hauptsächlich dem Mangel an Kombinationsfähigkeit und Aufmerksamkeit bei den Patienten zu. Es wird noch darauf hingewiesen, dass Wolf das psychische Moment bei der Hörprüfung mit Worten vernachlässigt hat. Ein sicheres Urtheil bleibe aber immer der Stimmgabelprüfung vorbehalten. Mit einer Erinnerung an Bezold's kontinuirliche Tonreihe und dem Vorschlag, das Telephon als Hilfsmittel zur Hörprüfung zuzuziehen, schliesst seine Arbeit, die mehr von historischem Werthe ist.

Weiss.

Drei Fälle von Encephalitis im Anschluss an Otitis media.

Von Dr. Voss-Riga.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., 41. Bd., 3. Heft.)

Verf. schildert drei Fälle, in denen eine eitrige Mittelohrentzündung zu einer diffusen, entzündlichen Affektion der Hirnsubstanz geführt hat, — im Gegensatz zu dem cirkumskripten Hirnabscess. Solche Erkrankungen sind auch anderwärts schon beobachtet worden, gehören aber immerhin zu den Seltenheiten. Lähmungen in verschiedenen Nervengebieten, Störungen des Sensoriums und — bei linksseitigem Sitze der Erkrankung — Aphasie sind die Hauptsymptome. Die Erkrankungen können leicht mit Hirnabscess verwechselt werden; zu ihrer Behandlung räth Voss operatives Vorgehen an.

Richard Müller.

Die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung.

Von Prof. Dr. Bezold-München.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XLI. Bd., 3. Heft, S. 199 ff.)

Bezold giebt eine eingehende Schilderung der von ihm seit Jahren geübten und bewährt gefundenen Behandlung der akuten exsudativen Mittelohrentzündungen. Er empfiehlt rechtzeitige Parazentese des Trommelfells, um der Absonderung, falls sie nicht von allein durchbricht, Abfluss zu verschaffen; dann Luftdouche des Mittelohres von der Eustachischen Trompete her mittels des Valsalva'schen Versuches oder unter Anwendung des Katheters bezw. des Politzer'schen Ballons; Ausspülungen mit 4prozentiger Borsäurelösung; Eisblase auf den Warzenfortsatz, falls dieser druckempfindlich ist; Einpulverungen von Borsäure in den Gehörgang.

Est ist hier nicht der Ort, zu dem Streite Stellung zu nehmen, der unter den Ohrenärzten bezüglich der Behandlung der akuten Mittelohreiterungen zur Zeit noch herrscht. Die Ergebnisse, die Bezold erzielt hat, können nicht als günstig bezeichnet werden: ein Fünftel bis ein Viertel aller Behandelten, also jeder 4. oder 5. Kranke, kam zur Aufmeisselung! Ref. hat mit der von B. verworfenen Trockenbehandlung, die hier allerdings nicht so gehandhabt wird, wie B. sie schildert — nicht einfache Einführung eines festen Wattetampons, sondern Fürsorge für dauernde Drainage der Pauke mittels locker eingeführter hydrophiler Gaze —, viel bessere Resultate erzielt. Jedenfalls ist bei den Borsäureeinpulverungen grosse Vorsicht nöthig, da kleine Trommelfellöffnungen bei spärlicher Absonderung leicht durch die Borsäure verstopft werden können, was dann zu Eiterverhaltung in der Pauke und Weiterwanderung des Eiters nach dem Antrum u. s. w. führen kann.

Wenn eine akute Mittelohreiterung trotz korrekter Behandlung die Zeit von 2 Monaten überschritten hat, so hält B. die Aufmeisselung für geboten, auch wenn sonstige lokale und Allgemeinerscheinnngen fehlen, und auch ohne Rücksicht auf eine inzwischen etwa eingetretene partielle Besserung (wenigstens ist von einer Einschränkung der Indikation in diesem Sinne nicht die Rede). B. geht hier zweifellos weiter als Ref., der vor mehreren Jahren die Aufmeisselung empfahl, wenn eine Mittelohreiterung trotz sachgemässer Trockenbehandlung 14 Tage lang ohne eine Wendung zum Besseren in unverminderter Stärke fortbesteht; denn Letzteres kommt zweifellos seltener vor als eine mehr als 2 Monate anhaltende, wenn auch besser gewordene akute Mittelohreiterung.

Richard Müller.

Aus Vereinen und Versammlungen.

27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

(Schluss).

Die Schlusssitzung am 19. Oktober, der auch Dr. med. Prinz Ludwig Ferdinand beiwohnte, wurde vom Oberbürgermeister Dr. Ebeling-Dessau mit einem Bericht über die von den Städten eingegangenen Fragebogen, betreffend die Fürsorge für bestehende und Beschaffung neuer kleiner Wohnungen eröffnet.

Die vom Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Dezember 1901 herausgegebenen hierauf bezüglichen Fragebogen sind von 254 Städten beantwortet und das umfangreiche Material vom Vortragenden bearbeitet worden. Die Fragen haben Bezug auf Polizeiverordnungen über Wohnungsbeschaffenheit und Wohnungsbenutzung, Wohnungskontrole, Bauordnungen, Erbauung von Kleinwohnungen mit Haus- und Grundsteuernachlass, Baugenossenschaften u. s. w. Wie der Vortragende bemerkte, ist das Verständniss für die vorliegenden Fragen vielfach nur ein geringes, weil es an der nöthigen Aufklärung fehle. Staat und Gemeinden müssen in der Wohnungsfrage helfend eingreifen, um das Elend der Wohnungsnoth zu mildern. Hoffentlich erfüllt sich die Annahme des Vortragenden, dass dem nächsten preussischen Landtag ein Wohnungsgesetz vorgelegt werden wird.

Hierauf verbreitete sich Regierungs- und Medizinalrath Dr. Abel-Berlin über

Ursache und Einfluss der feuchten Wohnungen auf die Gesundheit.

Er unterschied die Ursachen der Feuchtigkeit von Wohnungen in dauernde und vorübergehende. Als dauernde Ursachen der Feuchtigkeit bezeichnete er folgende Fehler bei der Errichtung eines Gebäudes: Verwendung ungeeigneter Baumaterialien, ungenügende Sicherung gegen Ueberschwemmung und Bodenfeuchtigkeit, ungenügenden Schutz gegen Schlagregen und Spritzwasser, ungenügende Mauerstärken, schlechte Herstellung der Dachdeckung und Regenwasserableitung, sowie der Wasserversorgungs- und Entwässerungsanlagen. Als vorübergehende Ursachen nannte er Neubaufeuchtigkeit, gesundheitswidrige Benutzung einer Wohnung, mangelhafte bauliche Erhaltung. Statistisch einwandfrei erwiesen ist die Gesundheitsschädlichkeit feuchter Wohnungen bis-

her nicht; nach den zahlreich vorliegenden Einzelbeobachtungen ist sie jedoch nicht zu bezweifeln. Feuchte Wohnungen können schädigend auf die Gesundheit in erster Linie durch Hervorrufung von Störungen in der „Wärmeökonomie" der Bewohner wirken. Von gesundheitlicher Bedeutung ist ferner auch, dass in feuchten Wohnungen die Luft in Folge der Beförderung von Zersetzungsvorgängen durch die Feuchtigkeit meist schlecht ist, dass manche Infektionskeime in ihnen besonders gute Existenzbedingungen finden und dass Nahrungsmittel in ihnen leicht verderben. Ausserdem verliert in Räumen, die hochgradig feucht sind und dadurch in baulicher Hinsicht leiden, der Bewohner Gefühl und Interesse für Reinlichkeit und Ordnung der Wohnung, was wiederum weitere schädliche Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen kann. Demgemäss sind zunächst Erkältungskrankheiten im weitesten Sinne des Wortes, dann aber auch Störungen der Körperentwicklung bei Kindern, Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen ansteckende Krankheiten, Häufung bestimmter Infektionskrankheiten, Schädigungen der Verdauungsorgane mehr oder weniger mittelbar mögliche oder thatsächlich beobachtete Wirkungen des Bewohnens feuchter Räume. Man hat mehrfach Versuche gemacht, einen genauen Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und dem Bewohnen feuchter Wohnungen herzustellen. Die Versuche — so auch ein vom Referenten in einem armen Stadtviertel Berlins angestellter — verliefen ergebnisslos, denn selten sind die Krankheitserscheinungen so akut, dass sie noch während des Wohnens in der feuchten Wohnung zum Tode führen. Die Gesundheitsgefährlichkeit einer feuchten Wohnung ist in gewissen Grenzen abhängig von dem Masse und der Dauer der Feuchtigkeit. Aus praktischen Gründen — und zwar namentlich wegen des Mangels im handlichen Verfahren zur genauen Feststellung des Feuchtigkeitsmasses von Wohnungen — empfiehlt es sich, auch geringe Grade von Feuchtigkeit für gesundheitlich bedenklich und der Abstellung bedürftig anzusehen. Schwierig zu beantworten ist die Frage, wann ein Neubau genügend ausgetrocknet ist, die Vorschrift einer Karenzfrist allein reicht nicht aus, um Gesundheitsgefährdungen auszuschliessen, denn er kann auch nach Ablauf dieser Frist z. B. in Folge anhaltend schlechter Witterung gesundheitsschädlich sein. Die Frage wird am besten geprüft durch eine besondere Wohnungsaufsichtsbehörde. Am besten fährt man noch mit der chemischen Untersuchungsmethode des Mörtels. Allerdings hat diese Methode den Nachtheil, dass man damit nur einen sehr kleinen Theil des Hauses, dessen Verhältnisse in einzelnen Theilen ganz verschieden sein können, untersuchen kann. Nothwendig ist eine gesundheitliche Ueberwachung der neu bezogenen Wohnungen und Ertheilung von Rathschlägen an die Miether. Es muss unbedingt zu einer besseren hygienischen Erziehung der Menge kommen.

Baupolizeidirektor H. Olshausen-Hamburg, erörterte im Anschlusse daran die

Mittel zur Abhilfe gegen feuchte Wohnungen.

Der Entstehung feuchter Wohnungen könne bei Errichtung eines Gebäudes vorgebeugt werden:

durch Verwendung geeigneter Baumaterialien, durch Hochlage der unteren Gebäudetheile über Hoch- und Grundwasser, durch Schutz der unter der Erdoberfläche liegenden Gebäudetheile gegen Bodenfeuchtigkeit, sowohl in horizontaler wie in vertikaler Richtung, durch Bekleidung der Aussenwände mit einem das Eindringen des Wassers verhindernden Material, durch ausreichende Mauerstärken, durch Herstellung von Luftschichten in den Aussenwänden. Die aus vorübergehenden Ursachen entstandene Feuchtigkeit einer Wohnung kann beseitigt werden: durch erforderlichenfalls im Wege der Gesetzgebung vorzuschreibende Fristen zwischen Fertigstellung des Rohbaues und Beginn der Verputzung in Neubauten, durch künstliche Austrocknung, durch Einhaltung einer längeren Frist zwischen der Fertigstellung des Verputzens und dem Bekleben der Wände mit Tapeten oder dem Anstriche der Wände mit Oelfarbe, durch Verhinderung einer zweckwidrigen und gesundheitsschädlichen Benutzung von Wohnungen etc. Zur Beseitigung feuchter Wohnungen ist die Schaffung einer zweckmässigen ständigen Wohnungsbeaufsichtigung durch Organe des Staates oder der Gemeinde erforderlich; diese Organe müssen mit den nöthigen Machtmitteln ausgerüstet sein, um die zweckwidrige und gesundheitswidrige Benutzung einer Wohnung zu verhindern und die zur Beseitigung vorhandener Feuchtigkeit erforderlichen Massregeln anzuordnen.

Bevor in die Diskussion eingetreten wurde, wurden die Ausschusswahlen erledigt. Neu gewählt wurden durch Zuruf Oberbürgermeister Beck-Chemnitz, Geh. Med.-Rath Roth-Potsdam und Geh. Baurath Stübben-Köln. Im Ausschusse verblieben Erster Bürgermeister v. Borscht-München, Professor Dr. Fränkel-Halle und Professor Dr. Albrecht-Berlin.

In der Debatte zu den beiden letzten Referaten wurde angeregt, an dieser Stelle einmal festzulegen, was unter genügend ausgetrockneter Wohnung zu verstehen sei. Oberbürgermeister Beck verwies darauf, wie wichtig es sei, nicht alle Hoffnung in der Wohnungsfrage auf die gemeinnützigen Baugenossenschaften allein zu setzen, sondern auch alle anderen Faktoren zu energischer Mitarbeit zu befähigen und betonte die Bedeutung einer Wohnungszählung und fortlaufenden Wohnungsstatistik, sowie die Privatbauthätigkeit bei Herstellung kleiner Wohnungen. In Mannheim habe man mit dem städtischen Wohnungsbau, auch für städtische Arbeiter, schlechte Erfahrungen gemacht, die Stadtgemeinde habe nicht einmal ihre eigenen Arbeiter zur Benützung dieser billigen uud gesunden Wohnungen veranlassen können. Die Ursache liege darin, dass die Arbeiter mit dem Verbot der Aftermiethe nicht einverstanden seien. Sehr wirksam für Förderung der Bauthätigkeit habe sich in Mannheim eine umfangreiche, planmässige Anlegung von Strassen erwiesen.

Geh. Med.-Rath Professor Dr. Renk bemerkte auf Grund seiner Erfahnungen, dass die Benützung von Kellerwohnungen fast immer zu Mauerfeuchtigkeit führe. Nach Beendigung der stellenweise recht lebhaften Debatte nahm der Vorsitzende das Wort zu einer herzlichen Abschiedsansprache, in der er den Referenten bestens dankte und dann betonte, dass die eben abgelaufene Tagung eine Mitgliederzahl zusammengebracht habe, wie keine andere zuvor, ja, dass sie die bisherige Maximalziffer der Kölner Versammlung noch um mehr als 100 überschritten habe. Im Ganzen hätten dem Kongresse mehr als 600 Theilnehmer angewohnt, gewiss ein Beweis für die Anziehungskraft der Versammlung auch nach aussen hin. Die Berathungen würden wieder aufklärend, belehrend und anregend wirken. Der Empfang, den die Stadt München dem Verein bereitet habe, sei so prächtig, die Gastfreundschaft so liberal gewesen, dass sie die kühnsten Erwartungen übertroffen habe. Manche folgende Tagung werde mit dem Schatten dieser hier einen schweren Kampf zu bestehen haben. Der Verein trete jetzt in sein 30. Jahr, stehe also in der Vollkraft seines Lebens. Mögen freundliche Sterne über seinem Pfade leuchten, möge er sich der Traditionen würdig zeigen, die gerade in München mit prüfendem Auge auf ihn herabschauten. Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, er wachse, blühe und gedeihe, — er lebe hoch.

Lebhaft stimmte die Versammlung ein. Oberbürgermeister Beck dankte namens der Kongresstheilnehmer unter

warmer Zustimmung dem Vorsitzenden für seine klare und gewandte Geschäftsführung. Damit schloss die diesjährige, nach den verschiedensten Richtungen hin hochinteressant verlaufene Tagung.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Sitzung vom 14. Juli 1902.

1. **Arndt** und **Sklarek**: Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn. (Mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

2. **F. Strassmann**: Demonstration von Präparaten eines Falles von traumatischer Psychose.

(Ist als Originalartikel in dieser Zeitung erschienen.)

Jolly würde selbstverständlich zur Operation gerathen haben, wenn man einen Fremdkörper hätte vermuthen können und wenn die Erscheinungen der Epilepsie auf eine örtliche Impression hingewiesen hätten, wie sie oft in Fällen von Epilepsie nach Traumen gefunden würde. Das Auftreten allgemeiner epileptischer Krämpfe, zumal bei einem starken Alkoholiker, habe wenig Aussicht auf eine erfolgreiche Operation gegeben.

3. **Minor**-Moskau (als Gast) demonstrirt eine Reihe schöner Präparate von Haematomyelie. Die Blutungen bei Verletzungen des Rückenmarks sind danach mannigfacher Art, betreffen die graue oder die weisse Substanz, treten vereinzelt oder zahlreich zerstreut auf und haben die Neigung, ringförmige Bilder zu machen. Bisweilen schafft solch eine Blutung eine enorme Erweiterung des Zentralkanals. Die Ausgänge der Haematomyelie bei Traumen des Rückenmarks stellen sich entweder als interstitielle Schrumpfung oder als Oedem des Rückenmarks mit Untergang des Nervengewebes dar.

4. **Eulenburg**: Fall von Akromegalie mit bitemporaler Hemianopsie.

Bei 27j., früher gesundem Mann, wurde im April vorigen Jahres bitemporale Hemianopsie, seit $^5/_4$ Jahren Akromegalie bemerkt. Aetiologisch kam nur Alkoholismus in Betracht. Es bestanden leichte Ptosis links, Insuffizienz der recti int., leichter Nystagmus und Opticusatrophie, Stirnkopfschmerz, bisweilen Polyurie, Verstärkung der Patellar- und Plantarreflexe. Akromegalie war an Joch- und Nasenbein deutlich, besonders aber am Nasen- und Ohrknorpel. Die grossen, stark schwitzenden Hände wiesen Weichtheilverdickung auf. Der Druck auf das Chiasma und die Okulomotoriusaffektion sprächen für Hypophysisgeschwulst. Offenbar liege eine gutartige Form dieser Geschwülste vor; allerdings könnte eine solche auch später in eine bösartige Form übergehen. Die therapeutische Verabreichung von Hypophysispräparaten, welche in diesem Falle sich als nutzlos erwies, hält E. für irrationell, da es sich um eine gesteigerte, nicht um eine gesunkene Funktion der Hypophyse handle. Die in Amerika geübte operative Entfernung der Geschwulst sollte in gutartigen Fällen ernstlich in Frage gezogen werden.

Mendel ist der Ansicht, dass die Ursache der Akromegalie in einer Allgemeinerkrankung des Drüsensystems, nicht nur der Hypophysis, zu finden sei, verhält sich daher der Frage einer Operation gegenüber ablehnend und befürwortet die Darreichung von Hypophysispräparaten.

Maass betont die Gefährlichkeit einer derartigen Operation auf Grund von Experimenten an Katzen.

Eulenburg fusst auf dem besonders engen Zusammenhang zwischen der Hypophysis und vielen Fällen von Akromegalie und hält die operative Entfernung von gutartigen Tumoren ihrer Schädigungen wegen für wünschenswerth. Von Vergrösserung anderer Drüsen wäre in dem erwähnten Fall nichts zu bemerken gewesen. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Entziehung der Approbation.

Entscheidung vom 20. Oktober 1902.

Von Seiten der Polizeibehörde war gegen Dr. med. V., einer recht bekannten Persönlichkeit, die Klage auf Entziehung der Approbation erhoben worden. Dr. med. V. hatte bekanntlich seine angeblichen Erfolge in den verschiedensten Zeitungen ankündigen lassen und dann zahlreiche Personen brieflich behandelt. Da er die Arbeit schliesslich nicht mehr allein bewältigen konnte, so überliess er zum grössten Theil die Beantwortung der Briefe und die Behandlung der auswärtigen Patienten seinem Bureaupersonal, welches keine medizinische Vorbildung erhalten hatte. Im Allgemeinen wurde eins von vier stets auf Lager gehaltenen Medikamenten verordnet und versandt. Der grossartige Geschäftsbetrieb nahm aber mit der Verurtheilung V. wegen Betruges und fahrlässiger Tödtung eines Menschen zu $4^1/_4$ Jahren Gefängniss, 3000 Mark Geldstrafe und 5 Jahren Ehrverlust ein jähes Ende. V. hat inzwischen seine Strafe verbüsst und ist bestrebt, seine Thätigkeit als Arzt auszuüben. Der Bezirksausschuss erkannte aber nach dem Antrage der Polizeibehörde auf Entziehung der Approbation während der Dauer des Ehrverlustes und führte aus, Dr. V. habe sich schwer gegen die ärztlichen Standespflichten vergangen und erscheine nicht mehr würdig, dem ärztlichen Stande anzugehören. Dr. V. focht diese Entscheidung durch Berufung an und betonte, es gebe homöopathische Aerzte, die fortwährend ihre Patienten mit absolut unwirksamen Mitteln behandeln. Das Oberverwaltungsgericht entschied indessen ebenfalls zu Ungunsten von Dr. V. und verwarf sein Rechtsmittel als unbegründet. M.

Aus dem Kammergericht.

Ein arztähnlicher Titel.

Entsch. vom 4. Sept. 1902.

Ein Zahntechniker B. nannte sich u. A. auf seinem Geschäftsschild auch „Spezialist für Zahn- und Mundkrankheiten". Auf Grund der Gewerbeordnung wurde B. in Strafe genommen, weil er, ohne als Arzt approbirt zu sein, sich einen arztähnlichen Titel beigelegt habe, durch welchen der Glauben erweckt werde, der Inhaber des Titels sei eine geprüfte Medizinalperson. Während das Schöffengericht den Angeklagten freisprach, verurtheilte ihn die Strafkammer zu einer Geldstrafe, weil durch die erwähnte Bezeichnung im Publikum der Glaube erweckt werde, es handle sich um einen approbirten Arzt. Gegen diese Entscheidung legte der angeklagte Zahntechniker noch Revision beim Kammergericht ein, welches aber die Revision als unbegründet abwies, da die Vorentscheidung ohne Rechtsirrthum erfolgt sei.

Unlauterer Wettbewerb.

Der Heilkundige L. in B. verspricht in Zeitungsinseraten, alle möglichen Krankheiten zu heilen, z. B. Asthma, Zuckerkrankheit, Blutarmuth etc. Sichere Heilung stellt er auch auswärtigen Kranken durch seine homöopathischen Mittel in Aussicht. Er erklärte in den Inseraten, in seiner langjährigen Praxis habe er Personen wiederhergestellt, welche von Aerzten aufgegeben seien. Auf Antrag der Aerztekammer für die Provinz

Brandenburg wurde L. vom Schöffengericht wegen unlauteren Wettbewerbs zu einer Geldstrafe verurtheilt und der Aerztekammer auch die Publikationsbefugniss zugesprochen. Das Gericht nahm an, dass die Angaben des Angeklagten in den Inseraten über seine Erfolge bewusst unwahr seien und auch geeignet erscheinen, das Publikum zu täuschen. Das Landgericht erkannte auf Verwerfung der Berufung des Angeklagten. Diese Entscheidung focht L. durch Revision beim Kammergericht an; er behauptete, er habe grosse Erfolge erzielt und nicht die Absicht gehabt, Personen aus dem Publikum zu täuschen. Das Kammergericht wies jedoch die Revision als unbegründet zurück, da die Vorentscheidung ohne Rechtsirrthum ergangen sei. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Karup, Gollmer und **Florschütz**. Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. Versicherungs-Statistisches und -Medizinisches. Herausgegeben vom Vorstand der Gothaer Lebensversicherungsbank a. G., zur fünfundsiebenzigsten Wiederkehr des Gründungstages der Bank. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1902. 8⁰ (VIII u. 250 S.).

In dieser Festschrift sind aus den „Monats-Blätter für die Herren Vertrauensärzte der Lebensversicherungsbank f. D. zu Gotha, bearbeitet im Auftrage der Bankverwaltung von Stabsarzt a. D. Dr. R. Gollmer-Gotha (1886 bis jetzt)", welche im Manuskript gedruckt sind und nicht in den Buchhandel kamen, eine Reihe von Arbeiten zusammengestellt worden, welche sich speziell auf die Versicherungs-Medizin beziehen, und es sind ihnen aus dem Zweige der Lebensversicherungs-Statistik einige Untersuchungen vorausgeschickt worden, welche früher in den Jahrgängen 1886, 1888, 1890 und 1894 der „Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik von Conrad" erschienen sind und welche sich an die „Mittheilungen aus der Geschäfts- und Sterblichkeits-Statistik der Lebensversicherungsbank für Deutschland zu Gotha für die 50 Jahre von 1829 bis 1878, Weimar, 1880" anreihten. Mit der jetzigen Veröffentlichung hat die Gothaische Lebensversicherungsbank zuerst von allen das Gebiet der Versicherungs-Medizin betreten und an der Hand ihres seit Jahren massenhaften Erfahrungs-Materials in zusammenhängender Weise eine Reihe der wichtigsten Fragen erörtert.

Der erste Theil (Versicherungs-Statistisches, S. 1—248) enthält: 1. Die Mortalitätsverhältnisse des ärztlichen Standes nach den Erfahrungen der L. V. B. f. D. (1886); 2. Die Mortalitätsverhältnisse des geistlichen Standes nach den Erfahrungen der L. V. B. f. D. (1888); 3. Die Sterblichkeit nach Todesursachen unter den Versicherten der G. L. V. B. f. D. während der Zeit von 1829—1878 (1890); 4. Die Mortalitätsverhältnisse der Lehrer nach den Erfahrungen der G. L. V. B. f. D. (1894).

Der zweite Theil (Versicherungs-Medizinisches, S. 249 bis 520) enthält (die bezeichnete Jahreszahl bezieht sich auf das Erscheinen in den oben erwähnten Monats-Blättern für die Vertrauensärzte): 1. Das streng individuelle Ausleseverfahren (1893); 2. Das Formular für die vertrauensärztlichen Zeugnisse und Gutachten (1894); 3. Die allgemein obligatorische Harnanalyse (1896); 4. Der Glykosuriker als Antragsteller (1896); 5. Der vertrauensärztliche Befund soll beschrieben werden (1896); 6. Zur Technik der verschiedenen Körpermasse (1896); 7. Die Bedeutung des Ernährungszustandes für die Beurtheilung der Versicherungsfähigkeit (1896); 8. Die Auslese gegenüber Antragstellern mit Herzstörungen (1901); 9. Heredität und persönliche Konstitution in ihrer Bedeutung für die Lungenschwindsucht (1897); 10. Der erste Tuberkulose-Kongress zu Berlin (1899); 11. Die Abwehrungsregeln gegenüber der Tuberkulose bei der Lebensversicherung (1900); 12. Die gegenseitige Infektionsgefahr bei Ehegatten hinsichtlich der Lungenschwindsucht (1901); 13. Die Lebensversicherungs-Anstalten und die Lungenheilstättenfrage (1901); 14. Die Sterblichkeit bei der „Germania" (Stettin) und bei „Gotha" (1898); 15. Das Schwangerschaftsrisiko in der Lebensversicherung (1899); 16. Wie lange soll die Syphilis geheilt sein, ehe Antragsteller, welche daran gelitten haben, versichert werden können? (1896); 17. Eine Syphilis-Statistik, wie sie nicht sein soll (1901); 18. Die progressive Gehirnparalyse als Todesursache unter den Versicherten (1897); 19. Die Abweisungen bei der Gothaer Bank in den Jahren 1895—1898 (1899); 20. Wie ist die Rolle der Erblichkeit und der Disposition in der Aetiologie der Tuberkulose zu ermitteln? (1902); 21. 517 über 85 Jahre alt gewordene Versicherte (1897); 22. Die ärztliche Auslese nach Mahillon (1895); 23. Ueber die Faktoren der Widerstandskraft und die Vorhertage der Lebensdauer beim gesunden Menschen nach Hägler (1897); 24. Die ärztliche Versicherungs-Diagnostik der vollwerthigen und der minderwerthigen Leben nach Buchheim (1898); 25. Eine Untersuchung über die Sterblichkeit nich versicherter Aerzte (1897).

Wir ersehen hieraus, welche Fülle von Erörterungen in diesen Arbeiten enthalten ist, welche sich theils auf dem Gebiete der Versicherungs-Praxis, theils auf dem der reinen medizinischen Wissenschaft bewegen. Vor allen von hohem Interesse sind die Erwägungen, welche sich mit der Abwehr der Schädigung der Bank durch die grossen Feinde und Verkürzer des Menschenlebens, die Tuberkulose, die Herzkrankheiten, die Arteriosklerose, die Syphilis, die progressive Gehirnparalyse, die Heredität beschäftigen, oder die wichtige Bedeutung der Urinuntersuchung (auf Zucker, Eiweiss usw.) näher erörtern. Das überdies vortrefflich ausgestattete Buch ist für jeden Arzt, welcher sich mit dem Lebensversicherungswesen zu beschäftigen hat, ein unentbehrlicher Führer und Rathgeber. Bernhard Schuchardt-Gotha.

Kleinwächter, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. III. Aufl. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien.

Verf. hat in der neuen Auflage seine ursprüngliche Schrift umgearbeitet. Ein Bild der historischen Entwicklung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft leitet das umfangreicher gewordene Werk ein, aus dem vor Allem sofort die Berücksichtigung der Literatur mit 712 Nummern auffällt.

K. hält die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft trotz der vorgeschrittenen Asepsis durchaus nicht für einen gleichgiltigen Eingriff, sondern will ihn nur unter ganz strengen Indikationen angewandt wissen. Er geht jede einzelne derselben durch, wobei ich ihm im Rahmen des Referats nicht folgen kann, aber erwähne, dass nach Verf. weder die verschiedenen Bluterkrankungen, noch Nierenerkrankungen, noch Schwangerschaftserbrechen, noch Chorea, noch Herzerkrankungen, noch die akut entzündlichen Lungenerkrankungen noch Lungentuberkulose Veranlassung zur künstlichen Frühgeburt geben sollen.

Ueber die nervösen und psychischen Erkrankungen der Graviden äussert sich K. leider nicht!

In der Kritik der Operationsmethoden fällt auf, dass Verf. die Colpeurese und die instrumentelle Erweiterung der Cervix verwirft, während er der Cohenschen, Krauseschen und Kiwischschen Methode das Wort redet. Schwarze.

Ostertag, Handbuch der Fleischbeschau für Thierärzte, Aerzte und Richter. Vierte neubearbeitete Auflage mit 260 in den Text gedruckten Abbildungen und einer Farbentafel. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1902.

Nach der bald nach dem Erscheinen der dritten Auflage des Ostertag'schen Handbuchs erfolgten Verabschiedung des Reichsgesetzes, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 erwies sich die Herstellung einer neuen Auflage des weit verbreiteten und mit Recht sehr beliebten Handbuchs als nothwendig. Gleichwohl musste sich der Verfasser, da das Gesetz in seinen wesentlichen Bestimmungen bei dem Erscheinen der vorliegenden Auflage noch nicht in Kraft getreten war, darauf beschränken, in dem Abschnitt über die gesetzlichen Grundlagen der Fleischbeschau das neue Gesetz sammt den aus den amtlichen Materialien sich ergebenden Erläuterungen einzuschalten und bei der Beurtheilung der Fleischanomalieen den bisher gebräuchlichen, auf das Nahrungsmittelgesetz sich stützenden Bezeichnungen die Qualitätsbegriffe des neuen Gesetzes beizufügen. Danach hat auch der vor Erlass des Nahrungsmittelgesetzes üblich gewesene Begriff des minderwerthigen Fleisches wieder bedingte Rechtmässigkeit erlangt. Leider konnten die inzwischen erschienenen Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz noch nicht berücksichtigt werden, doch beabsichtigt der Verfasser, sie demnächst als Ergänzung seines Handbuchs herauszugeben.

Der Inhalt des Handbuchs ist dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechend erweitert und vervollständigt, der Massstab für die Beurtheilung des Fleisches den neuzeitlichen Erfahrungen angepasst. In dieser Beziehung sei besonders auf das wissenschaftlich motivirte Verfahren bei der Beurtheilung des Fleisches tuberkulöser Thiere hingewiesen. Von sonstigen Neuerungen verdienen Erwähnung die Einfügung der infektiösen Erkrankungen der Fische und Krebse, die Abbildungen des Geschlechts bei Krebsen, der Entwicklung der Trichine, der Myxosporidienkrankheit der Fische u. A. Wie die früheren Auflagen wird auch die vorliegende sich allen Fleischschauinteressenten als unentbehrlich erweisen.

Roth-Potsdam.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag von Gustav Fischer, Jena:

Veröffentlichungen des Komitees für Krebsforschung. II. Ergänzungsband z. Klinischen Jahrbuch. 1902. Preis 3.50 M. Gr. Folio 32 Seiten.

Dungern, Die Antikörper. 1903. Preis 2.50 M. 114 Seiten.

Bredtschneider, Das Trennsystem. Handb. d. Hygiene. 2. Supplem.-Bd. 2 Lief. 1902. Preis 1 M. 27 Seiten.

Verlag J. F. Bergmann, Wiesbaden:

Lubarsch, Pathologische Anatomie und Krebsforschung. 1902. 61 Seiten. Preis 1.30 M.

Truhart, Pankreas-Pathologie. I. Theil: Multiple abdominale Fettgewebsnekrose. 1902. 498 Seiten. Preis 12 M.

Schmid, Repetitorium der inneren Medizin. 1902. 139 Seiten. Preis 2.50 M.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens:

Bd. XVI. **v. Bechterew,** Die Energie des lebenden Organismus. 132 Seiten. Preis 3 M.

Bd. XVII. **Möbius,** Ueber das Pathologische bei Nietzsche. 106 Seiten. Preis 2.80 M.

Bd. XVIII. **Näcke,** Ueber die sogen. „Moral Insanity". 65 Seiten. Preis 1,60 M.

Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig:

Ribbert, Lehrbuch der speziellen Pathologie. 1902. 802 Seiten. Preis 18 M.

Gross, Gesammelte kriminalistische Aufsätze. 1902. 429 Seiten Preis 14 M.

Verlag A. Stuber, Würzburg:

Braun, Die thierischen Parasiten des Menschen. 1903. 3. Aufl. 360 Seiten. Preis 8 M.

Presch, Die physikalisch-diätetische Therapie. Liefg. I. 96 Seiten. Preis 2 M.

Verlag W. Braumüller, Wien und Leipzig:

Heitzmann, Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. I. Band. 9. Aufl. 283 Seiten. Preis 10 M.

Verlag H. Hartung & Sohn, Leipzig:

Fraenkel, Die 20 splanchnologischen Vorträge des medizinischen Staatsexamens. I. Bd. 181 Seiten. Preis 3 M.

Fraenkel, Die 20 histologischen und osteologischen medizinischen Staatsexamens-Vorträge. 221 Seiten.

Albrand, Die Kostordnung an Heil- und Pflege-Anstalten. 79 Seiten. Preis 1.80 M.

Schilling, Hygiene und Diätetik der Stoffwechsel-Krankheiten. Preis 5.40 M.

Verlag G. Gaddi, Novara:

Borella, Il Medico di fronti alla legge degli infortuni del lavoro. 50 Seiten.

Verlag Carl Marhold, Halle a. S.

Lindenmeyer, Ueber Schrotschussverletzungen des Auges. 28 Seiten. Preis 1 M.

Sippel, Ueber Eklampsie. 23 Seiten. Preis 0.90 M.

Hölscher, Die otitische Sinusthrombose. 46 Seiten.

Walther, Ueber den Abortus. 22 Seiten. Preis 0.90 M.

Goldzieher, Ueber Syphilis der Orbita. 24 Seiten. Preis 1 M.

Verlag Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart:

Bibliothek der Gesundheitspflege:

Bd. V. **Haug,** Hygiene des Ohres. 104 Seiten. Preis 1 M.

Bd. VII. **Port,** Hygiene der Zähne und des Mundes. 94 Seiten. Preis 1 M.

Verlag Vogel & Kreienbrink, Berlin:

Kionka-Partsch-Leppmann, Medizinischer Taschenkalender. 1903. XVI. Jahrgang. Preis 2 M.

Verlag Johannes Alt, Frankfurt a. M.

v. Grolmann, Aerztliches Jahrbuch. 1903. Preis 2 M.

Verlag Julius Springer, Berlin:

v. Esmarch, Hygienisches Taschenbuch. 3. Aufl. 295 Seiten. Preis 4 M.

Gebührenwesen.

Herr Kollege Wedel-Krefeld theilt uns zur Frage der Verpflichtung der Krankenkassen, für Leistungen von Nicht-Kassenärzten aufzukommen, eine für weitere Kreise interessante Entscheidung von prinzipieller Bedeutung mit, die am 30. September d. J. das Amtsgericht zu Krefeld gefällt hat.

Der minderjährige Schlosserlehrling Johann G., vertreten durch seinen Vater, hatte die Schlosser-Innungskrankenkasse zu Krefeld wegen einer ärztlichen Honorarforderung von 30 Mark verklagt. Der Kläger erlitt am 9. September vorigen Jahres im Betriebe seines Meisters einen Unfall, der in einer erheblichen Verletzung zweier Finger der rechten Hand bestand. Der Unfallverletzte wandte sich an den in seiner Nähe wohnenden Arzt Dr. W., der unter Assistenz eines Kollegen die sofortige Amputation des Ringfingers und die Vernähung etc. des Nachbarfingers vorzunehmen sich veranlasst sah. Beide Herren waren nicht Kassenärzte der Schlosser-Innungskrankenkasse. Diese erklärte nun, dass sie sich nicht für verpflichtet halte, das beanspruchte Honorar von 30 Mark an die betr. Aerzte zu zahlen, sondern bewilligte nur für einen „Nothverband" 5 Mark, indem sie sich auf das Gutachten ihrer drei Kassenärzte berief, die eine Amputation nicht für absolut nothwendig gehalten hätten. Kläger erhob gegen diesen Bescheid Beschwerde beim Oberbürgermeister. Dieser erklärte den Anspruch des Klägers auf Zahlung von 30 Mark für unbegründet, indem er den Standpunkt der Beklagten

für richtig erachtete. Gegen diesen Entscheid beschritt Kläger den Rechtsweg. Das Amtsgericht verurtheilte aber die Kasse zur Zahlung des vollen Honorars.

Von Interesse sind die Gründe, die das Urtheil angiebt: Da unstreitig die fragliche Verletzung ein dringender Fall war, war Kläger berechtigt, einen Nichtkassenarzt in Anspruch zu nehmen, und muss Beklagte dem Kläger alle Kosten erstatten, deren Aufwendung durch die Dringlichkeit des Falles geboten war. Hierunter sind jedenfalls diejenigen Kosten zu rechnen, welche der angerufene Arzt nach seinem pflichtgemässen Ermessen unter den obwaltenden Umständen für unaufschiebbar nothwendig erachtet. Dem Kranken selbst kann selbstverständlich nicht zugemuthet werden, über die Nothwendigkeit ärztlicher Verrichtungen zu entscheiden. Ebensowenig erscheint es angängig, dass der Arzt, wenn er etwa Zweifel an der sofortigen Nothwendigkeit einer ärztlichen Verrichtung hat, sich hierüber erst durch Befragung anderer Aerzte vergewissern soll. Es kann in einem solchen Falle nur das pflichtgemässe Ermessen des behandelnden Arztes selbst entscheiden. Alle Aufwendungen, die er pflichtgemäss für unaufschiebbar nothwendig erachtet, sind als geboten durch die Dringlichkeit des Falles anzusehen, gleichviel, ob vielleicht ein anderer Arzt bezüglich der Nothwendigkeit anderer Ansicht ist.

Im vorliegenden Fall ergiebt sich aus den Aussagen der Zeugen Dr. W. und Dr. T., dass, wenn die von diesem Arzte vorgenommenen Verrichtungen unterblieben und nur ein Nothverband angelegt worden wäre, der Kläger sowohl grössere Schmerzen hätte ausstehen müssen, als auch in Gefahr war, sich eine Verschlimmerung seines Leidens durch Infektion zuzuziehen. Wenn unter diesen Umständen der Arzt sofort dazu schritt, den einen Finger abzunehmen und den anderen zu vernähen, so kann dieses Verfahren, wie die beiden Zeugen bekunden, nur als unbedingt pflichtgemässes Handeln angesehen werden. Nach dem Gesagten ist es auch ohne Bedeutung, dass Zeuge Dr. T. (der assistirende Arzt) bekundet, er würde untergebens mit Rücksicht auf die Bestimmungen der Krankenkassen einen Nothverband angelegt und den Kläger dem Krankenhause überwiesen haben; auch T. erkennt an, dass der Arzt die sofortige Operation pflichtgemäss als unaufschiebbar nothwendig erkannte. — —

Der Herr Einsender bemerkt dazu: In diesem Urtheil ist meines Wissens zum ersten Male entgegen der allgemein herrschenden Anschauung zum Ausdruck gebracht, dass unter den Begriff der Nothhilfe im Sinne des Krankenkassengesetzes nicht nur ein sogenannter Nothverband, sondern ordentliche und ausgiebige Hilfeleistung, wie eine Amputation bei Zerquetschungen u. a. fällt. Damit ist der alten hergebrachten Anschauung der Boden entzogen worden, und mancher Kollege in ähnlicher Lage wird die Entscheidung des genannten Gerichts begrüssen, weil sie einer durchaus vernünftigen Empfindung Rechnung trägt. Anerkannt muss auch werden, mit welcher Präzision das Gerichtsurtheil sich des behandelnden Arztes, der pflichtgemäss handelt und nur allein, nach eigener Anschauung, die Thatsachen beurtheilen kann, annimmt und seine Autorität gegenüber den anderen Aerzten zu schützen weiss.

Tagesgeschichte.

Sachverständige Zeugen.

Nach einem juristischen Gutachten, das die Aerztekammer in Innsbruck eingeholt hat, ist nach Oesterreichischem Recht der sachverständige Zeuge nur als Zeuge zu entlohnen, insofern er über „vergangene Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war", vernommen worden ist. Dagegen ist er als Zeuge nicht verpflichtet, erstens über gegenwärtige Thatsachen und Zustände gleicher Art auszusagen, zweitens fachmännische Schlüsse aus seinen Bekundungen über vergangene Zustände und Thatsachen zu ziehen und drittens sein Gedächtniss aus Materialien oder Aufzeichnungen, die ihm zur Verfügung stehen, vor der Vernehmung aufzufrischen.

Das Deutsche Recht enthält keine ähnlich deutliche Abgrenzung des Zeugen vom Sachverständigen; immerhin sind die obigen Ausführungen auch für unsere Verhältnisse beachtenswerth.

Eine gefährliche Unsitte.

Nach einer Notiz des Nervenarztes Dr. Mann-Ulm im Württembergischen Aerzte-Korrespondenzblatt ist der Gebrauch der Mohnkopf-Abkochungen zur Beruhigung von schreienden Kindern in ganz Schwaben noch verbreitet. Selbst Erwachsene benützen das Mittel, wie Kollege Mann an einem seiner eignen Patienten erlebt hat, mit einem Erfolg, der am deutlichsten den Gehalt der Mohnköpfe — dort im Volksmunde Oelmägen genannt — an Alkoloiden beweist. Billig ist der „Klepperlesthee" auch, man bekommt 25 Oelmägen für 10 Pfennige, und den modernen Anspruch auf „Naturgemässheit" kann die Abkochung der heimischen Pflanze ebensogut erheben, wie manches andere Pflanzengebräu. Mit Recht hält Mann ein Einschreiten der Medizinalbehörde, zum Mindesten im Sinne der Aufklärung, für geboten.

Der Verkauf der ärztlichen Praxis in rechtlicher Beziehung.

Das Oberlandesgericht zu Braunschweig hatte kürzlich über eine Zivilklage zu entscheiden, die den Verkauf einer ärztlichen Praxis betraf. Die Klage auf den Kaufpreis wurde abgewiesen.

Die Begründung des Urtheils verneint, wie die „Magdeburger Zeitung" mittheilt, die Gleichstellung des Verkaufes einer ärztlichen Praxis mit dem Verkaufe eines Handels- oder sonstigen in den Kreis der Gewerbe fallenden Geschäftes nebst Kundschaft. Denn wenn auch die Ausübung der Heilkunde in einigen Beziehungen der Gewerbeordnung unterstellt sei, so werde hierdurch der Beruf des Arztes keineswegs zu einem blossen Gewerbebetriebe gemacht. Die wissenschaftlichen Grundlagen seiner Ausübung und die gesellschaftliche Stellung seiner Träger lege vielmehr den Vergleich mit den Rechtsanwälten nahe, deren Ehrengerichtshof das Ausbieten und den Verkauf der Anwaltspraxis für unvereinbar mit der Würde des Standes erklärt habe. In der That sei die Wirksamkeit des Arztes wie die des Anwaltes auf das Vertrauen des Publikums zu seinem Wissen und Können gegründet; dieses in seine Persönlichkeit gesetzte Vertrauen dürfe nicht wie eine Waare feilgehalten und in Geld umgesetzt werden. Der in einem solchen Verfahren zu Tage tretende materielle Erwerbssinn lege zudem die Vermuthung nahe, dass der Arzt, der den Verkauf seiner Praxis betreibt, sein Augenmerk weniger auf Fähigkeit, Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit des Reflektanten richten, als danach sehen und trachten werde, einen möglichst hohen Kaufpreis zu erzielen und einen solventen Käufur zu finden. Deshalb kennzeichne sich der Verkauf einer Arztpraxis als ein Vorgang, welcher der für den Beruf eines Arztes erforderlichen Achtung unwürdig sei; er sei ein gegen die guten Sitten verstossenes und demnach nichtiges Rechtsgeschäft, aus dem irgend welche Ansprüche nicht hergeleitet werden könnten.

III. Internationaler Kongress der Versicherungsärzte. Paris. Mai 1903.

Nach dem soeben ausgegebenen vorläufigen Programm besteht das vorbereitende Komitee aus folgenden Mitgliedern:

Président: M. le professeur P. Brouardel, membre de l'Institut.

Vice-Présidents: M. le professeur Landouzy, membre de l'Académie de médecine;

M. le Dr. Peyrot, membre de l'Académie de médecine;

M. le Dr. Lereboullet, membre de l'Académie de médecine;

M. le Dr. Poëls, de Bruxelles, secrétaire-général de l'Association internationale des médecins-experts de compagnies d'assurances.

Secrétaire-Général: M. le Dr. Armand Siredey, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, rue Taitbout, 80, Paris.

Secrétaire-Général adjoint: M. le Dr. Emery.

Trésorier: M. Pierre Masson, boulev. Saint Germain, 120, Paris.

Membres du Comité:

M. le Dr. Brault, médecin de l'hôpital Lariboisière.
M. le Dr. Boissier.
M. le Dr. A. Chauffard, médecin de l'hôpital Cochin.
M. le Dr. Descouts.
M. le Dr. Duboys de la Vigerie.
M. Fassy, directeur de la compagnie „L'Urbaine".
M. le Dr. Garrigues.
M. le Dr. Gouël, médecin de l'hôpital de Villepinte.
M. Grimpel, directeur de la compagnie „La Nationale".
M. Guieysse, président de l'Institut des Actuaires.
M. le Dr. Ed. Hirtz, médecin de l'hôpital Laënnec.
M. de Kertanguy, directeur de la compagnie d' „Assurances Générales".
M. le Dr. Lacombe, médecin de l'hôpital Beaujon.
M. Matignon, directeur de la compagnie „Le Phénix".
M. le Dr. Mauriac, médecin honoraire des hôpitaux.
M. Pérard, directeur de la compagnie „La Confiance".
M. le professeur Proust, membre de l'Académie de médecine.
M. de Serbonnes, directeur de la compagnie „L'Abeille".
M. le Dr. Schwebisch.
M. le Dr. J. Voisin, médecin de l'Hospice de la Salpétrière.
M. le Dr. Weill-Mantou.

Von Vorträgen sind bisher angemeldet:

Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke; Beitrag zur Versicherung von minderwerthigen Leben. Dr. Poëls-Brüssel.

Die versicherungsärztliche Beurtheilung
der überstandenen Brustfellentzündungen Dr. P. Bourcy-Paris,
des Emphysems Dr. Hirtz-Paris,
des Asthma Dr. Mahillon-Brüssel,
der Thoraxanomalien Dr. Redard-Paris,
der Nephrolithiasis Dr. Gillet-Paris,
der Cholelithiasis Dr. Carrigues-Paris,
der Magenerkrankungen Dr. Braga-Para-Brasilien,

Der Status des Antragstellers und die Tuberkulose Dr. Florschütz-Gotha,

Schwangerschaft und Lebensversicherung Dr. Tissier-Paris,

Gicht und Lebensversicherung Dr. Lereboullet-Paris,

Arteriosklerose und Lebensversicherung Dr. Moritz-St. Petersburg,

Fettleibigkeit und Lebensversicherung Dr. Norton-Paris.

Ueber das Risiko älterer Antragsteller Dr. van der Heide-Arnheim,

Inwieweit sind die Spezialisten bei den vertrauensärztlichen Untersuchungen in Anspruch zu nehmen? Dr. Weil-Manton-Paris.

Die Erblichkeit des Krebses Dr. Peyrot-Paris.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 15. August 1902 betr. die Zuziehung der Mitglieder der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen als Sachverständige in gerichtlichen Angelegenheiten.

Der Justizminister empfiehlt den Gerichten, von der Heranziehung der Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation zu Sachverständigen abzusehen. Gründe: 1. Als Dozenten oder Beamte verfügen die Mitglieder über wenig freie Zeit. 2. Die Mitglieder werden häufig als Obergutachter zugezogen; dies ist nur angängig, wenn sie nicht vorher schon den betr. Fall begutachtet haben.

— — vom 14. August 1902 betr. Zahlung von Diensteinkünften unmittelbarer Staatsbeamter im Postanweisungsverkehr.

Ausführliche Anleitung, die im Original nachgelesen werden muss.

— — vom 27. August 1902 betr. Beschleunigung der Disziplinar-Untersuchung gegen Lehrer und Beamte.

Thunlichste Beschleunigung derartiger Untersuchungen wird wird den Regierungs- und Polizei-Präsidenten ans Herz gelegt.

— — vom 2. Oktober 1902 betr. die Ladung der Beamten als Zeugen oder Sachverständige vor die Marinegerichte.

Der vorgesetzten Behörde des Beamten ist eine Abschrift der Ladung zu übersenden. Desgleichen ist dieselbe von einer Abbestellung des Zeugen oder Sachverständigen zu benachrichtigen, ohne dass Kosten für die etwa verpflichtete Partei dadurch entstehen.

— — vom 2. Oktober 1902 betr. das Verfahren bei Verleihung von Apotheken-Konzessionen.

Das Vorliegen eines Zivilversorgungsscheines begründet nicht eine Bevorzugung bei der Verleihung von Konzessionen. Bei gleicher Befähigung ist das höhere Approbationsalter ausschlaggebend.

— — vom 1. Oktober 1902 betr. den Aufsatz des Dr. B. Ledermann: „Zur Verhütung und Bekämpfung der Syphilis."

In dem genannten Aufsatz ist Manches empfohlen, was dem Minister unzweckmässig bezw. undurchführbar erscheint: tägliche Untersuchung der Prostituirten, Errichtung öffentlicher Schmierstuben für Syphilitische, Ertheilung von Warnungen an Ehestandskandidaten. Dagegen erachtet er den Vorschlag, Spezial-Krankenhäuser und Polikliniken zur stationären und besonders zur ambulanten Behandlung Prostituirter zu benützen und hält es für erwägenswerth, die heranwachsende Jugend auf die Gefahren der venerischen Krankheiten hinzuweisen.

Die Oberpräsidenten sollen über ihre Ansichten betr. L.'s Vorschläge berichten.

— — vom 14. Oktober 1902 betr. Grundsätze für die Reinigung von Oberflächenwasser betr. Sandfiltration zu Zeiten der Choleragefahr.

Genaue Anweisung zur Herstellung, Prüfung und Instandhaltung der Filter.

— — vom 16. Oktober 1902 betr. Mittheilung ansteckender Krankheiten seitens der Militärbehörden an die Zivilbehörden.

Scharlach ist nur bei gehäuftem Vorkommen anzuzeigen.

— — vom 14. Oktober 1902 betr. Versuche mit staubbindenden Fussbodenölen.

Nach Versuchen, die in Göttinger Hörsälen von Priv.-Doz. Dr. Reichenbach angestellt wurden, verringert Anstrich mit staubbindenden Oelen (Dustless-Oel, Florizin und „Staublos") die Staubbildung sehr bedeutend. Der Anstrich hält ein Semester vor. Das Verfahren ist billig, sein einziger Nachtheil ist ein schmutzigeres Aussehen der Fussböden.

Bekanntmachung vom 22. Oktober 1902 betr. Einrichtung und Betrieb der Rosshaarspinnereien, Haar- und Borstenzurichtereien, sowie der Bürsten- und Pinselmachereien.

Wird unter „Gewerbehygienische Rundschau" besprochen werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902. — № 24. — Ausgegeben am 15. Dezember.

Inhalt:

Der Unterricht in der Praxis der Arbeiterfürsorgegesetze, eine Aufgabe der gerichtlichen Medizin.

Antrittsvorlesung.

Von
Dr. med. P. Stolper.
Privatdozent für gerichtliche Medizin an der Universität Breslau.

Der unlängst heimgegangene Bahnbrecher auf allen Gebieten der neueren Medizin, Rudolf Virchow, begründete in seinen Werdejahren zur besseren Verbreitung seiner gegen die alten Dogmen ankämpfenden Ideen eine eigene Zeitschrift, „die medizinische Reform“. Sie ist sehr bald wieder eingegangen; aber unvergessen sollten aus diesen Blättern die ihnen vorangestellten Worte bleiben: „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiktion.“

In einer wohl kaum geahnten Weise hat Virchow die Erfüllung dieses Wunsches erlebt. Denn des ersten deutschen Kaisers Botschaft vom 17. November 1881, die für die Kulturgeschichte des Deutschen Reiches nicht blos, sondern für die staatliche Fortentwicklung der ganzen Welt von einschneidender Bedeutung geworden ist, erklärte, allen republikanischen Wohlfahrtsbestrebungen es zuvorthuend, die weitgehendste Fürsorge für die arbeitenden Klassen als eine Pflicht des Staates. Die „sozialen Gesetze“, das Kranken-, das Unfall-, das Invaliden-Versicherungs-Gesetz sind die in ihrer segensreichen Wirkung vielfach noch unterschätzten Früchte jenes Evangeliums der Versöhnung zwischen Reichen und Armen.

An ihrer praktischen Durchführung mitzuwirken, sind die Aerzte, denen sich damit ein neues grosses Arbeitsfeld eröffnete, in erster Linie berufen, wie jüngst wieder der Hauptorganisator auf diesem Gebiet, Bödiker, hervorgehoben hat. Als Arzt der Krankenkassenmitglieder, von denen Tausende sich früher sachverständige Hilfe in Krankheitsnöthen überhaupt nicht gönnten, können sie jetzt zur Hebung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse beitragen. Als Gutachter sind sie im Dienste des Invaliden- wie des Unfallversicherungsgesetzes vielfach in Anspruch genommen. Die gedeihliche Verwaltung und Rechtsprechung im Gebiete der Arbeiterversicherung liegt zu einem grossen Theil in ihren Händen.

Aber auch neue Anregung zur Forschung über die Ursachen des Krankseins haben diese Gesetze gebracht. Wieviel mehr Bedeutung misst man heute dem Trauma als Krankheitsursache bei als vor etwa zwanzig Jahren? Wieviel weiter geht heut auch die methodische Behandlung von Unfallsfolgen? Sie begnügt sich nicht mehr mit der anatomischen Heilung, sie strebt jetzt entschieden in höherem Masse auch das bestmögliche funktionelle Resultat an!

Den Juristen aber mögen die öffentlichen Fürsorgegesetze nicht weniger neu und eigenartig anmuthen. Ihr Geist ist ein so ganz anderer, als der des bürgerlichen oder des Strafrechts. Wer sich von den Härten der unerbittlichen Logik in letzteren, von den Folgen der Schuld als ausübender Richter manchmal im Inneren verstimmt fühlen mochte, in jenen auf des Wohl der Armen abzielenden neuen Gesetzen werden seine Entscheidungen, wenn sie dem versöhnenden, helfenden, fürsorgenden Grundzuge derselben entsprechen, mehr auch das Herz befriedigen.

Juristen und Mediziner haben auf diesem neuen Gebiet, Hand in Hand, schon viel gearbeitet. Die Gesetzgebung hat viele der Mängel, die dem so von Grund aus neu geschaffenen Gesetze naturgemäss zunächst anhafteten, bereits beseitigt. Unter der Mitwirkung hervorragender Aerzte sind in den Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes, der obersten Instanz ähnlich dem Reichsgericht in zivil- und strafrechtlichen Fragen, für zahlreiche Streitfälle bestimmte Normen festgelegt. Wir wissen, was wir in unkomplizirten Fällen für Renten zu empfehlen haben, für z. B. den glatten Verlust einzelner Finger, für den einfachen Verlust einer Hand, eines Beines, für Einäugigkeit, für einen Eingeweidebruch und andere Unfallsfolgen.

Aber entsprechend der unendlich grossen und wandelbaren Materie giebt es noch viele, viele Probleme zu lösen.

Noch ist man sich über den Namen der neuen Lehre nicht einmal einig. „Unfallheilkunde“? Dieses Wort berücksichtigt zu wenig die wichtige juristische Seite. „Soziale Medizin“? lässt Missdeutungen zu.

Ich habe, dem seiner Zeit auf der Aachener Naturforscherversammlung von Thiem ausgesprochenen Wunsche nach einem erschöpfenden Namen Rechnung tragend, die Bezeichnung „versicherungsrechtliche Medizin“ vorgeschlagen*) und für sie von vielen Seiten volle Zustimmung erhalten. Die neuen sozialen Gesetze geben dem Arbeiter das Recht auf Versicherung für den Fall der Erkrankung (K. V. G.), für den Fall der Erwerbsbeschränkung durch Unfall bei der Betriebsarbeit (U. V. G.), für den Fall der vorzeitigen und der durch hohes Alter bedingten Invalidität (J. V. G.). Die Summe dieses Rechts kann man daher zum Unterschiede von dem bürgerlichen und dem Strafrecht als Versicherungsrecht bezeichnen, die vorwiegend den Medizinern zufallende wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gebiets als versicherungsrechtliche Medizin.

So ähnelt diese Disziplin auch im Namen der ihr dem Wesen nach eng verwandten gerichtlichen Medizin, die als ein Zweig der alten Staatsarzneikunde und als Lehrfach uralt ist und in gleicher Weise die Anwendung besonders erworbener ärztlicher Sachkenntniss auf die in der zivil- und strafrechtlichen Praxis sich ergebenden Fragen zum Lehrzweck hat.

Mit dem Nachweis der inneren Verwandtschaft der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin werde ich meine heutige Aufgabe zu lösen suchen, nämlich die, zu zeigen, dass der Unterricht in der letzteren, das ist in der Praxis der Arbeiter-Fürsorgegesetze eine Aufgabe ist der akademischen Lehrer der gerichtlichen Medizin.

*) Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1901.

Die gerichtliche Medizin muss sich, wie jedes medizinische Lehrfach, zweierlei Ziele stecken, eines in vorwiegend theoretisch-forschender und eines in mehr praktisch-anleitender Richtung. Ihre eine Aufgabe ist, die in der Rechtspraxis sich ergebenden rein medizinischen Streitfragen experimentell und an der Hand vorkommender Fälle zu erforschen und zu erklären; ihre andere, die Kenntniss aller für eben diese Praxis wichtigen Gesetze und die technische Schulung in den gewöhnlichsten Untersuchungsmethoden am Objekt, sowie in der Abfassung der darüber zu erstattenden Zeugnisse und Gutachten dem Lernenden zu vermitteln.

Nun hat die gerichtliche Medizin seit je die Lehre von den gewaltsamen Todesarten und die von den Körperverletzungen als ihre Domäne bearbeitet, freilich ausschliesslich nach den Gesichtspunkten des Strafgesetzbuches. Das Versicherungsrecht verlangt — und zwar in erweitertem Masse — das Studium der Einwirkung plötzlicher gewaltsamer Einflüsse auf die menschliche Gesundheit, die Erforschung der Wirkungen des Traumas, wie es die Betriebsunfälle in tausendfältiger Form mit sich bringen. Diese Aufgabe ist keineswegs mit der Feststellung der Zertrümmerung von Gliedmassen, von inneren Organen erschöpft; ungleich interessanter und den Forschungsgeist befriedigender ist die Aufgabe, den geringeren Spuren einer Verletzung nachzugehen, ihre Wirkung auf weite Fristen hin zu verfolgen, wie dies Unfall- und Invalidengesetz soviel häufiger als das Strafrecht verlangen. Wieviel hat das letzte Jahrzehnt allein neue Anschauungen gebracht über den Zusammenhang von Unfällen mit Herz- und Lungenkrankheiten, mit anderen inneren Leiden, wieviel über Nervenleiden, über Geistesstörungen, über Geschwulstentwicklung, über Blutveränderungen nach Unfällen! Freilich, der gerichtliche Mediziner wird diese Fragen nicht allein zu bearbeiten haben und nicht allein zu lösen im Stande sein. Greifbare Ergebnisse werden vor Allem in der klinischen Beobachtung reifen. Hat doch auch bislang die gerichtliche Medizin für die Erforschung der Vergiftungen sich auf die pharmakologischen Institute, auf die inneren Kliniken gestützt, für die pathologischen Sexualverhältnisse die Gynäkologen und Nervenärzte, für viele Verletzungen den Chirurgen um Rath gefragt. Aber die Schlussergebnisse dieser Sonderforschungen, soweit sie ihn angehen, muss der gerichtliche Mediziner besonders beherrschen, um sie in aktuellen Fällen zur Anwendung zu bringen. Mit gesunder Kritik sammelnd, wird er, ähnlich wie der pathologische Anatom, vorwiegend aus dem abgelaufenen Krankheitsfall, sei es in vivo, sei es in mortuo, die Entwicklung des Leidens bis zu seinen Ursprüngen verfolgen und die aus dem Versicherungsrecht sich ergebenden Fragen demgemäss zu beantworten haben, freilich nicht selten unter Zuratheziehung einer Kapazität auf dem betreffenden Spezialgebiet. Der Lehrer der versicherungsrechtlichen Medizin sollte kein Spezialist sein im modernen Sinne; seine Spezialstudien dürfen deshalb jeweils die Richtung nehmen, die ihm etwa eine besondere Vorbildung zuweist.

Die gerichtliche Medizin verlangt ferner besondere Erfahrung in pathologisch-anatomischen Dingen für Fragen, die sich am Sektionstisch ergeben; auch das Unfallversicherungsgesetz bringt viel Gelegenheit zu interessanten Beobachtungen an der Leiche. Ja, die von den Berufsgenossenschaften verlangten Obduktionen stellen fast durchweg wissenschaftlich schwierige Aufgaben und verlangen entschieden reichere pathologisch-anatomische Erfahrungen.

War die Lehre von den Vergiftungen, die Toxikologie, seit je von den forensischen Aerzten besonders viel studirt, so wird diese Kenntniss auch für den Lehrer der versicherungsrechtlichen Praxis nicht brach liegen. Ich erinnere an die vielumstrittene Abgrenzung von Unfall und Gewerbekrankheit.

Um ein prinzipiell wichtiges Beispiel anzuführen, das Paalzow[1]) schon hervorgehoben, so hat Lewin verlangt, es müssten die aus den Giftbetrieben sich ergebenden Gewerbekrankheiten als entschädigungspflichtige Unfälle angesehen werden. Er leitet, indem er die Ausnahmestellung der Gifte unter den gewerblichen Schädlichkeiten betont, das Endresultat der Vergiftung von einer Reihe gehäufter kleiner Unfälle ab, von denen jeder einzelne eine erhöhte Disposition für eine energischere Einwirkung eines zweiten und folgenden schafft. Mit dieser Beweisführung würde man leicht dahin kommen, alle Berufskrankheiten als Summe von solchen Unfällen en miniature aufzufassen, so die rheumatischen Erkrankungen der Arbeiter im Nassen, Kalten, die Neurasthenie der Lokomotivführer, die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede u. A. mehr. Eine andere Frage ist, ob die Gewerbekrankheiten eine vom nationalökonomischen Standpunkt genügende Berücksichtigung in der staatlichen Arbeiterversicherung gefunden haben. Das Militärpensionsgesetz unterscheidet, wie Paalzow hervorhebt, in einer für die Erkrankten glücklicheren Weise „Invalidität durch innere Dienstbeschädigung" — entsprechend den Gewerbekrankheiten — und solche durch „äussere Dienstbeschädigung" — entsprechend dem Betriebsunfall und es entschädigt beide in gleicher Weise. Aber es ist doch auch, wirthschaftlich betrachtet, ein Unterschied zwischen dem Dienst des Soldaten und demjenigen des gewerblichen Arbeiters. Selbstverständlich sind akute Vergiftungen nicht selten auch als Betriebsunfälle anzusehen.

Ich habe dieses Beispiel gewählt, weil es lehrt, wie juristische, nationalökonomische und medizinische Fragen im Bereich der versicherungsrechtlichen Praxis gelegentlich ineinandergreifen. Ich darf noch hinzufügen, wie die Arbeiterschutzvorrichtungen, welche die Gesetze jetzt vorschreiben, aus der Gewerbehygiene heraus erwachsen. Die Einrichtung immer neuer Betriebsarten mit komplizirten mechanischen oder chemischen Prozessen bringt immer neue Betriebsgefahren für die Gesundheit, zu deren Verhütung bezw. Abstellung der gerichtliche Mediziner Stellung nehmen muss, sei es, dass er als Obduzent, sei es, dass er als Gutachter zur wissenschaftlichen Erforschung der Ursachen von Krankheit oder Tod beizutragen hat, vom strafrechtlichen oder vom versicherungsrechtlichen Standpunkt aus.

Die Aufgaben der Vertrauensärzte der Landesversicherungs-Anstalten (Invaliden-Versicherung) unterscheiden sich in einigen Punkten von denjenigen, welche das Unfallversicherungsgesetz stellt, aber sie sind doch eng verwandt. Auch hier kommt es auf die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit im Wesentlichen an. Des Weiteren gilt es vielfach die Prognose abzuwägen, die Aussichten eines etwa einzuschlagenden Heilverfahrens. Die Vorarbeit dazu haben indess die Aerzte im Allgemeinen zu leisten in Gestalt eines recht sorgfältigen Befundberichtes, auf den ich bei Erörterung der formalen Schulung noch zurückkomme.

Endlich wird es auch in Deutschland über kurz oder lang zu einer stärkeren Betonung der „Versicherungs-Medizin" kommen, welche sich mit den die privaten Lebensversicherungs Gesellschaften interessirenden Fragen befasst. In Frankreich werden diese zum Theil auch allgemein-medizinisch wichtigen Angelegenheiten bereits in stärkerem Grade bearbeitet als bei uns, z. B. die versicherungsärztliche Beurtheilung der überstandenen Brustfellentzündungen, der Thoraxanomalieen, der Gravidität, der Gicht, der Fettleibigkeit, der Syphilis, der Knochen- und Gelenktuberkulose, der Erblichkeit des Krebses u. A. Die Statistik der Lebensversicherungs-Gesellschaften ergiebt über die genannten Verhältnisse wie auch über die Sterblichkeitsverhältnisse einzelner Stände schon heute viele Aufschlüsse von allgemein-medizinischem Werth. Auch auf dieses Gebiet wird die versicherungsrechtliche Medizin der Zukunft sich erstrecken müssen, um so mehr als in jüngster Zeit der Staat sein Aufsichtsrecht auch auf diese Privatversicherung ausgedehnt hat.

Ich komme nun zu der zweiten, mehr praktischen Lehraufgabe, der Ausbildung in der Kenntniss der Gesetze und in der formalen Schulung für die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit. Hörten bislang die Studirenden eigentlich nur gerichtliche Medizin, soweit sie sich schon vor ihrem Staatsexamen vornahmen, einmal später sich der staatsärztlichen Prüfung zu unterziehen, erfahrungsgemäss ein recht kleiner Bruchtheil, so wird in Zukunft die Zahl der Hörer nicht blos deshalb grösser sein, weil die gerichtliche Medizin auch Prüfungsgegenstand im Staatsexamen wird, sondern auch weil die Erkenntniss Platz greift, dass man ohne Uebung und Sicherheit in den versicherungsrechtlichen Fragen als Arzt nicht recht bestehen kann. Das neue Unfall-Versicherungsgesetz (§ 69, G. U. V. G.) verlangt, „sofern auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden soll, dass der behandelnde Arzt gehört werden soll." So kommt die Gutachterthätigkeit ohne Zweifel an jeden Arzt heran. Zum Schaden des gesammten ärztlichen Standes war bislang vielen Aerzten ein korrektes, erschöpfendes Gutachten eine Unmöglichkeit. Einander widersprechende Gutachter wird es immer geben, aber eine klare objektive Beschreibung eines Falles und eine logische Beantwortung der vom Auftraggeber gestellten Fragen können die Versicherungsorgane: Landesversicherungs-Anstalten, Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte billiger Weise verlangen. Aber wie schwer fällt dem Anfänger dieses Beschreiben! Und doch gerade auf dieses ist Werth zu legen, nicht auf das Entscheiden. Wieviel vorgefasstes Urtheil wirft eine sorgfältige Beschreibung um, weil für sie eine gründliche Untersuchung die Vorbedingung ist. Oberflächliches medizinisches Denken und voreiliges Handeln ist unmöglich, wenn dem Denkakt eine gründliche schriftliche Schilderung voraufgeht, wie dies in so meisterhafter Weise Virchow in seiner bekannten „Sektionstechnik" für die gerichtlichen Leichenöffnungen ausführt. Und es giebt in der Sachverständigen-Praxis Dinge zu beschreiben, die man sonst nirgends eingehend beschreiben lernt, ausser etwa in den lange Zeit zurückliegenden physiologischen und anatomischen Vorlesungen. Dinge, an denen die Klinik, deren Aufgabe es ist, das Pathologische herauszuheben, flüchtig vorübergehen muss, werden im Rentenstreitverfahren manchmal zu Kernfragen; ich denke z. B. an Unregelmässigkeiten in der Form des Rückgrats, ob sie traumatisch oder habituell, an Rippenverdickungen — ob Bruch oder rhachitisch — an Muskelschwund — ob er die Folge einer zentralen oder peripheren Erkrankung, an Schwerhörigkeit — ob sie traumatisch oder anderswie zu Stande gekommen ist.

Da der Lehrer überdies immer als obersten Grundsatz festzuhalten hat, dass er dem Schüler immer den ganzen Menschen demonstriren muss, so wird er gewiss nie in Verlegenheit kommen, den Unterricht auch anregend und für die Gesammtbildung des angehenden Arztes nutzbringend zu gestalten. An

[1]) Jahresbericht für Unfallheilkunde I.

einem grossen Material von Unfallverletzten oder Invalidenanwärtern lernt man heut so viele Erscheinungen kennen, die auf der Grenze des Pathologischen und Normalen stehen, wie dies früher wohl kaum möglich war. Selbst der Ethnologe kommt bei der heutigen Freizügigkeit der Arbeiter in solcher Thätigkeit auf seine Rechnung. Die Uebung im Sehen, die Sicherheit im Urtheilen, die Schärfung des medizinischen Denkens kann sehr wohl den Gesammtwerth der rein praktischen Sachverständigen-Thätigkeit erhöhen, ohne das Formale zu kurz kommen zu lassen.

Nicht zu vernachlässigen ist ferner die Schulung im Verkehr mit den Unfallverletzten und Invalidenanwärtern. Damit Sie mich bezüglich dieses Punktes nicht missverstehen, muss ich ein wenig weiter ausholen. Die Beziehungen des Arztes zum Unfallverletzten sind in manchen Stücken andere, als sie sonst zwischen Arzt und Kranken bestehen. Ein Arbeiter erleidet beispielsweise einen Armbruch, den der Arzt mit grosser Pflichttreue und Sachkenntniss, mit Geschick und Glück aufs Beste zur Heilung bringt. Er hat ein Resultat, auf das er mit Recht stolz sein darf, in verhältnissmässig kurzer Zeit, in sechs Wochen sagen wir, erzielt. Der Patient war durch alle die Zeit aufrichtig dankbar. Da macht er die ersten Arbeitsversuche, hat aber naturgemäss nach anhaltender Arbeit noch etwas Schmerzen. Da kommen die Mitarbeiter, die nur verdrossen das Pensum des der Arbeit Entwöhnten zum Theil übernehmen und mahnen ihn, doch ja nicht die Arbeit aufzunehmen, ehe er eine anständige Rente zugesichert erhalten habe. Das sei er seiner Familie schuldig; der und jener habe auch für einen Armbruch eine ansehnliche Rente erhalten. So wird der Verletzte zur Uebertreibung hingedrängt; dem Arzt aber, der sich so viel und so erfolgreich um ihn bemüht, erscheint er nunmehr als ein recht undankbarer Mensch. Nimmt es wunder, wenn er dann in seinem Gutachten etwas voreingenommen ist und die psychologisch zwar erklärliche Uebertreibung für baare Lüge hält?

Diese unerfreuliche Wandlung in den Beziehungen zwischen dem Arzt und dem Patienten ergrimmt jeden Anfänger. Man kommt ohne Missvergnügen erst über sie hinweg, wenn man sie ein Dutzend mal erlebt hat. Ein geschulter Gutachter regt sich über solche Uebertreibung nicht mehr auf, er rechnet mit ihr als mit etwas Selbstverständlichem, Naturgemässem und zieht in Gedanken bei allen Klagen Unfallverletzter je nach dem Gesammteindruck des Betreffenden einen mehr oder weniger grossen Bruchtheils ab. Man muss die Psychologie des Unfallverletzten, des Rentennachsuchers eben berücksichtigen, und sich nicht durch den Unmuth über Täuschungsversuche von dem ohnehin schmalen Pfade streng objektiver Beurtheilung abdrängen lassen. Die Erfahrungen, welche der Arzt mit Unfallversicherten wohlhabender Stände gelegentlich macht, sind keineswegs bessere.

Aber der Wunsch nach Rente nimmt gelegentlich eine ins Krankhafte gesteigerte Intensität an und hier hat die Unfallversicherung in der That eine Riesenzahl von Krankheitsfällen gezeitigt, von Neurosen und Psychosen, die ein ganz besonderes Versenken des Arztes in die Seele des Untersuchten verlangen. Es sind Zustände der Psyche, über die eine Riesenliteratur geschrieben ist, die indess doch noch immer nicht ganz klare, eindeutige Ergebnisse geliefert hat. Beim Zustandekommen solcher hysterischer, neurasthenischer, hypochondrischer Seelenstörungen Unfallverletzter spielt entschieden das Verhalten des erstbehandelnden Arztes oft eine ausschlaggebende Rolle. Der Ausspruch der Diagnose und der Prognose, das Interesse des Arztes an der Behandlung, allzu häufige Untersuchungen haben Einflüsse auf den Zustand des Verletzten, die noch lange nicht exakt erforscht und dargelegt sind. Hier wird der Lehrer der gerichtlichen Medizin, der besonders im Entmündigungsverfahren die Zustände dicht an der Grenze geistiger Gesundheit kennen zu lernen Gelegenheit hat, eine gute Vorbildung auch den versicherungsrechtlichen Aufgaben entgegenbringen. Er wird seinen Schülern sehr wohl auch ein taktvolles Auftreten gegenüber den Unfallverletzten und Rentennachsuchern lehren, durch Beispiel anerziehen können.

Dem gerichtlichen Mediziner, der gewissermassen unter den Augen der auf Objektivität besonders geschulten Juristen arbeitet, wird nicht leicht ein Fehler passiren, nämlich der, zu meinen, man müsse eine dem jeweiligen Auftraggeber möglichst günstige Wendung in dem vorliegenden Falle herausfinden. Den Versicherungsorganen, wie es die Berufsgenossenschaften, die Landesversicherungsanstalten es sind, ist nicht damit gedient. Sie sind keine Partei, die um jeden Preis möglichst billig abschneiden will, sondern vom Gesetz berufene Behörden, die ohne Sonderinteresse dem humanen Grundzuge der öffentlichen Versicherungsgesetze gern gerecht werden, aber auch die Pflicht haben, übertriebenen Ansprüchen entgegen zu treten. Mit der skrupellosen Zubilligung von Renten ist keineswegs immer den danach Strebenden eine Wohlthat erwiesen. Die Fälle, dass eine unrechtmässiger Weise erlangte Unfallrente dem Betreffenden zum Unsegen wird, sind überaus häufig. Energielose Menschen werden nicht selten dadurch dauernd arbeitsscheu; um ihre Rente nicht zu verlieren, verweigern sie jede Arbeit. Müssiggang und Laster aber wohnen dicht bei einander. Haben wir also als Gutachter an sich kein Recht, auf Kosten Anderer uns wohlthätig zu erweisen, so sollen wir doch auch nicht vergessen, wie leicht wir durch Empfehlung einer ungerechtfertigten Rente Jemanden dauernd um den Segen erfrischender Arbeit bringen können.

Der Lehrer der gerichtlichen Medizin wird allen diesen Fragen aus seiner forensischen Praxis mancherlei Erfahrung entgegenbringen; er erscheint daher geeignet, auch die versicherungsrechtliche Sachverständigenthätigkeit den Studirenden lehrend zu vermitteln. Seine Uebung, dem Richter medizinische Kenntnisse in Beziehung auf die Gesetze nutzbringend zur Verfügung zu stellen, befähigt ihn auch zum Lehrer in Fragen des Unfall- und Invalidengesetzes.

Ob dies praktisch durchführbar und ohne Schädigung anderer Disziplinen zum Nutzen der gerichtlichen Medizin geschehen kann, möchte ich zum Schluss noch erörtern.

Hatte die gerichtliche Medizin in den letzten Jahrzehnten sich etwas in den Hintergrund drängen lassen, hat sie auch bislang verabsäumt, das Arbeitsgebiet, das sich nach Einführung des Unfall- und Invalidengesetzes ihr eröffnete, für sich in Anspruch zu nehmen, gerade jetzt ist es an der Zeit, dieses Feld endgiltig den Grenzen der Staatsarzneikunde einzuverleiben. In der Erkenntniss, dass alle Aerzte einer gründlichen Durchbildung für die Sachverständigenthätigkeit bedürfen, hat die preussische Unterrichtsverwaltung die gerichtliche Medizin als Prüfungsgegenstand für das medizinische Staatsexamen in Aussicht genommen. In kleinen Universitäten wird kriminelles Lehrmaterial nicht immer besonders reichlich vorhanden sein, da wird den akademischen Lehrern der gerichtlichen Medizin der Zuwachs aus dem Unfall- und Invaliden-Versicherungsgesetz ein sehr willkommener sein und, wie ich ausgeführt habe, sehr geeignet zur wissenschaftlichen und formalen Schulung der Studirenden. Es ist kein Zweifel, dass die Versicherungsorgane jede Verbesserung, jede Verbreiterung des Unterrichts in diesen Fragen aufs Wärmste unterstützen werden; denn dem Reichsversicherungsamt, bezw. den Landesversicherungsämtern und ihren untergeordneten Behörden kann es ja nur erwünscht sein, wennauch der Durchschnitt der Aerzte

wissenschaftlich wie formal einwandfreie Zeugnisse und Gutachten in Zukunft liefert. Damit werden ja doch die Rentenstreitverfahren vermindert und vereinfacht, die Arbeit dieser Behörden also verringert. Die eigentliche Unfallheilkunde, die Behandlung und Nachbehandlung der Verletzten wird immer den Kliniken oder den viel bewährten Zweckinstituten für Unfallverletzte verbleiben; ohne jede Schädigung dieser wird sich ein reiches Begutachtungsmaterial den Universitätslehrern der gerichtlichen Medizin zuweisen lassen. Und in letzter Linie wird das die Durchführung der Arbeiterfürsorgegesetze erleichtern und nicht zuletzt am meisten den verletzten oder invaliden Arbeitern zu Gute kommen.

Sollen die Aerzte nach Virchows Wunsch die natürlichen Anwälte der Armen werden in einem idealen Sinne, so müssen sie die Rechte derselben, ihre Ansprüche aus den für sie geschaffenen Fürsorgegesetzen, aber auch die Grenzen dieser Ansprüche schon als Studenten gründlich kennen. Die Aerzte der Zukunft in diese Kenntniss im weitesten Sinne, in diese versicherungsrechtliche Medizin schon auf der Hochschule einzuführen, halte ich also für eine neue, überaus dankbare und ihr naturgemäss zukommende Lehraufgabe der gerichtlichen Medizin!

Ueber larvirte sexuelle Perversität.

Nach einem am 2. Dezember 1902 auf einer gerichtsärztlichen Vereinigung in der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin gehaltenen Vortrag.

Von

Dr. G. Puppe-Berlin,
Privatdozent und Gerichtsarzt.

M. H.: Ich habe die Ehre, Ihnen über 2 männliche Individuen zu berichten, welche das Gemeinsame haben, dass sie in Folge einer schweren sexuellen Perversität wiederholt mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind und verurtheilt wurden. Ihre Strafthaten erschienen zunächst an sich nicht pervers; bei Beiden wurde die Perversität vielmehr erst erkannt, als sie neuerdings wiederum wegen analoger Strafthaten zur Verantwortung gezogen werden sollten. Es handelt sich um einen rückfälligen Betrüger und um einen rückfälligen Taschendieb.

Fall I: B., Militärschriftsteller, 26 Jahre alt: wurde im Frühjahr 1898 wegen unerlaubten Auszuges mit einer von ihm begründeten Jugendwehr zu Altona in Polizeistrafe genommen. Nicht lange danach wurde er wegen Betruges zu 15 Monaten Gefängniss und drei Wochen Haft verurtheilt. Er hatte in Hamburg, wo er seine Jugendwehr begründet hatte, nachdem er in finanzielle Schwierigkeiten gerathen war, unter der Maske eines Offiziers auftretend, Schwindeleien gemacht, um Geld zu erlangen. Die Ursache seiner Schwindeleien war die Absicht, die Jugendwehrgründung unter allen Umständen aufrecht zu erhalten. Nach Verbüssung der erwähnten Gefängnissstrafe wurde B. wieder bestraft und zwar vom Landgericht zu Dresden, abermals wegen Betruges. Er hatte in Dresden eine Jugendwehr „Jung-Sachsen" gegründet, und die Lieferanten für diesen Verein hatte er unter allen möglichen schwindelhaften Vorspiegelungen um ihr Geld betrogen. Die Strafe betrug 1 Jahr und 3 Monate Gefängniss und 3 Jahre Ehrverlust. Neuerdings wurde B. in gerichtliche Untersuchung gezogen. Er hatte seinen Namen abgelegt und führte einen Phantasienamen „Thilo vom Rhein". Unter diesem Namen hatte er ein Armee- und Marine-Vorbereitungsinstitut für junge Männer von 14—18 Jahren, welche in die Armee oder in die Marine eintreten wollten, geplant. Er hatte bereits Anmeldungen entgegengenommen und Eintrittsgelder kassirt. Bei dem Kassiren der Eintrittsgelder aber wurde bekannt, dass der Mann mit dem romantischen Namen „Thilo vom Rhein" kein Anderer war, als der wegen ähnlicher Vergehen schon vorbestrafte B. So kam die Polizei dahinter, und da sich auch die von ihm genannten Aufsichtsrathsmitglieder seiner Gründung als nicht existierend herausstellten, wurde er unter dem Verdacht eines erneuten Betruges gefänglich eingezogen. Im Verlaufe der geführten Voruntersuchung entstanden Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit, die besonders dadurch hervorgerufen wurden, dass B. ein umfangreiches Geständniss ablegte über die wirklichen Motive, die ihn zu seinen früheren und zu seiner jetzigen Strafthat bewogen hätten. B. ist daraufhin ausser Verfolgung gesetzt und als gemeingefährlich der Irren-Anstalt zugeführt worden, nachdem ich mein Gutachten dahin abgegeben hatte, dass der § 51 des St.-G.-B. auf ihn Anwendung finden müsse.

Die von mir angestellte Untersuchung ergab Folgendes: Ziemlich grosser Mensch mit mässiger Muskulatur und geringem Fettpolster. Die Nase ist etwas nach links verbogen. Die linke Gesichtshälfte flieht. B. ist auf dem rechten Auge stark weitsichtig, auf dem linken emmetropisch. Auf dem Kopfe findet sich eine mehrfache Area Celsi. Der Gaumen ist schmal und spitz. Die linke Iris zeigt Pigmentflecke. Der Ohrrand ist schmal. Hände und Zunge zittern. Die Kniesehnenreflexe sind vorhanden.

Von früheren Krankheiten sind zu erwähnen: Schwere Rhachitis und steter rechtsseitiger Kopfschmerz, wegen dessen die Schule einmal ein Jahr lang ausgesetzt werden musste. Oefter traten Ohnmachten auf, zumal nach Anstrengung und geschlechtlicher Aufregung.

Hinsichtlich etwaiger Heredität wurde ermittelt, dass zwei Brüder der Mutter Vaganten und zwei andere bereits mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren; der Grossvater mütterlicherseits war ein unruhiger Geist, der als Sprachlehrer im Auslande sein Dasein fristete, eine Schwester des Angeschuldigten ist früher Schauspielerin gewesen.

B. hat noch nie mit einem Weibe geschlechtlich verkehrt oder Neigung dazu verspürt. Er hat früh onanirt. Nach Abgang von der Schule hat er den Buchhandel zu erlernen versucht, gab dieses Vorhaben aber bald wieder auf und wurde dann Schauspieler. Er onanirte viel; sein Gedächtniss wurde, wie er sagt, schwächer, und seine Schauspielerlaufbahn nahm ein Ende, als B. einmal von der Szene in höchster geschlechtlicher Erregung fortlief, um in seiner Kabine zu onaniren, einfach, weil er nicht anders konnte.

Er versuchte nunmehr, bei Knabenausbildungs-Instituten, Ersatzkommissionen u. s. w. anzukommen, um Gelegenheit zu haben, junge Leute in nacktem Zustande zu sehen. Als er einmal einen schönen jungen Mann gesehen hatte, lief er in ein Gebüsch, zog sich vollkommen nackt aus und onanirte. Es gelang ihm, kurze Zeit bei den Lübbener Jägern eingestellt zu werden; in Folge seiner körperlichen Insuffizienz musste er aber nach wenigen Wochen entlassen werden. Seine Vorliebe für das Militär blieb aber in ihm lebendig. Er gründete nunmehr militärische Unterrichtskurse für Knaben, aus denen die Berliner Jugendwehr wurde. Er liess u. A. die Jungen Vorübungen zum Schwimmen machen, während sie in seiner väterlichen Wohnung in der Badewanne standen, wobei er sie natürlich beaufsichtigte, wie er anführt. Er wurde aber von anderen Leuten, die er für sein Unternehmen interessirt hatte, so behauptet er, aus dem Vorstande herausgedrängt und gründete nun für sich in Berlin eine 2. Jugendwehr, die ein „B" auf der Achselklappe trug und ihre eigene

Uniform hatte. Hier in Berlin, wo er seinen Vater neben sich hatte, kam er mit dem Strafgesetz damals noch nicht in Konflikt.

Er versuchte nunmehr, in Breslau eine Jugendwehr zu gründen. Er erzählt, wie er hier verzwickte Fragen an seine Jungen richtete, nur, damit sie dieselben nicht beantworteten, sodass er die Jünglinge gehörig prügeln konnte. Das Prügeln war ihm jetzt überhaupt eine Lust, weil er sich dabei geschlechtlich erregte nnd entweder Samenerguss hatte oder nachher onanirte. Ohne in artistischen Sachen erfahren zu sein, meldete er sich auf ein Inserat, in welchem ein Lehrer für einen jungen angehenden Artisten gesucht wurde. Im Kontrakt machte er sich aus, dass er den Knaben züchtigen könne, so viel er wolle. Er liess den jungen Menschen die unmöglichsten Uebungen machen und züchtigte ihn in der grausamsten Weise, wobei er sich, wie oben angedeutet, geschlechtlich erregte. Aus Hamburg liess er sich einen Bericht schicken, wie die Schiffsjungen gezüchtigt würden; die Lektüre erregte ihn geschlechtlich. Er gab sich auch als Maler aus und that so, als ob er die entkleideten jungen Menschen skizzirte.

Nun kommt die Hamburg-Altonaer Jugendwehrgründung. Dieselbe stürzte ihn bald in Schulden, aber um sich über Wasser zu halten, machte er die Schwindeleien, die zu seiner Bestrafung führten. Die Züchtigungen nahmen jetzt schon eine ganz besonders groteske Gestalt an. Einen Bäckerjungen, der ihm morgens das Brot brachte, bewog er dazu, sich von ihm züchtigen zu lassen, indem er ihm für jeden Hieb 10 Pfg. bewilligte. Einen Matrosen, den er züchtigte, beschenkte er mit einer Mark pro Hieb. Die Züchtigungen seiner Jugendwehrjünglinge waren ihm der Anlass zu ständiger geschlechtlicher Erregung. Er band sie fest, wenn sie sich nicht von ihm in ruhiger Weise züchtigen lassen wollten. Bei leichteren Vergehen liess er sie zwischen verschiedenen Strafen wählen, z. B. entweder Ausschluss aus dem Verein oder Züchtigung, und er war froh, wenn sie die Züchtigung vorzogen. An einem jungen Menschen machte B., der sich als stellvertretender Jugendwehrarzt ausgegeben hatte, eine Bandwurmkur durch, indem er den Betreffenden entkleidet auf einen eigens dazu angeschafften Tisch sich legen liess, ihm dann ein dünnes Rohr in den After einführte und hierauf eine Flüssigkeit hineingoss und ihm mit Nadeln die Hinterbacken blutig ritzte.

Bei der Dresdener Jugendwehrgründung, die ihn ebenfalls mit dem Strafgesetz in Konflikt brachte, und die auf die Hamburg-Altonaer Gründung folgte, konnte er seinen Gelüsten auf Züchtigung nicht so nachgehen, weil die Jugendwehr nicht recht ins Leben trat, immerhin hat er an den entkleideten jungen Menschen Verbandkurse abgehalten, wie er angiebt.

Die Prüfung seines sonstigen Bildungskreises und seiner geistigen Fähigkeiten ergiebt eine bemerkenswerthe Oberflächlichkeit; was sein militärisches Wissen anbetrifft, so interessirt er sich nur für das Aeussere, für die Uniformen, für das Formale beim Militär. Er selbst ist ein hervorragender Uniformnarr; während seiner Jugendwehrzeit hatte er sich ungefähr 10 Uniformen machen lassen, eine glänzender wie die andere. Er hat einem Landwehrverein beitreten wollen und ist, um eine Offiziersuniform tragen zu können, gegen einen Beitrag von 30 Mark Ehrenmitglied des Vereins geworden, musste aber wieder austreten, als bekannt wurde, dass er nur 14 Tage gedient hatte.

In meinem Gutachten habe ich die körperlichen Degenerationszeichen, die erbliche Belastung und die früher überstandene englische Krankheit betont. Ich habe auf den früher stark vorhanden gewesenen Kopfschmerz hingewiesen, ferner auf die unstete Lebensführung und das rein formale oberflächliche Wissen des B. und habe dargelegt, dass die **Homosexualität mit Sadismus**, welche bei diesem Menschen in ausgesprochener Weise vorhanden ist, als ein Symptom einer schweren psychischen Degeneration aufzufassen ist, die so erheblich ist, dass der § 51 des St. G. B. Anwendung finden müsse.

Fall II: K., Bautechniker, 26 Jahre alt.

Derselbe ist vorbestraft im Jahre 1891, weil er einer Kellnerin Geld aus ihrer Tasche genommen hatte, und ihr dafür Loose kaufte, mit einem Verweis; im Jahre 1893 wegen zahlreicher Taschendiebstähle in Theatern mit 2 Jahren Gefängniss; im Jahre 1895 wegen eines Taschendiebstahls auf der Pferdebahn mit $1^1/_2$ Jahren Zuchthaus und 5 Jahren Ehrverlust. Er war im Juli 1901 bei einem Taschendiebstahle im Theater des Westens ertappt und gefänglich eingezogen worden. Bei der Untersuchung hat er, wie der eben besprochene B., ein Geständniss seiner Perversion in umfassender Weise abgelegt und so kam es, dass dieser Taschendieb in gerichtsärztliche Beobachtung genommen wurde. Ich habe damals den Antrag gestellt, ihn gemäss § 81 der St. P. O. einer öffentlichen Irrenanstalt zur Beobachtung seines Geisteszustandes zu überweisen. Er ist darauf in der Kgl. Charité 6 Wochen lang beobachtet worden. Nach dem Ergebniss der Beobachtung ist das Verfahren gegen ihn eingestellt worden und K. als gemeingefährlich einer Irrenanstalt überwiesen.

Der Gesichtsschädel erscheint bei dem mittelgrossen Manne, der übrigens auch wie der vorige eine erhebliche Area Celsi aufweist, etwas nach links verbogen. Das Gesicht zeigt motorische Unruhe. Der rechte Hoden ist etwas grösser als der linke. Der Gesammteindruck, den K. macht, ist der eines unsteten, aufgeregten Menschen.

Der Vater soll nervös und heftig sein, er soll sich im Uebrigen in angesehener Stellung befinden und, wie der Angeschuldigte selbst, gut situirt sein.

Etwa vom 12. Jahre an liess bei dem Angeschuldigten der Schulfleiss nach. Er kam deshalb nicht auf das Gymnasium, besuchte aber die Gewerbeschule und bethätigte sich später als Bauleiter.

12 Jahre alt, stürzte er mit dem Zweirade; hierbei rutschte ihm, wie er anführt, der linke Hoden in die Bauchhöhle, erst nach grosser Mühe gelang es ihm, den Hoden wieder herauszuquetschen. In der Folge erwies sich, dass sein Geschlechtstrieb ausserordentlich gross war. Er hatte häufig das Gefühl einer mit Wasser gefüllten Eichel auf seiner Scheitelhöhe. Er empfand auch daselbst ein „glucksendes“ Geräusch. Das Gefühl soll vor 2 Jahren etwa verschwunden sein. Er hatte ferner Schmerzen in der linken Schläfe nach unnatürlicher Befriedigung seines Geschlechtstriebes durch Onanie. Auf Befragen theilte er detailirt mit, wie er beobachtet habe, dass der Hodensack bald länger und bald kürzer wurde.

Durch seine Diebstähle hat er sich, wie er angiebt, geschlechtlich befriedigt. Er suchte Gegenstände zu erlangen, welche sich in der Nähe der Genitalien der von ihm bestohlenen Frauen befanden, oder welche Frauen überhaupt in ihrem Besitz gehabt hatten. Beim Gebrauch dieser Gegenstände regte er sich geschlechtlich auf und hatte beim Zerstören der von ihm gestohlenen Portemonnaies Samenerguss. Bei Entdeckung seines letzten Diebstahls hatte er auch angegeben, dass er Mäntel und Capes von Frauen zerschnitten hätte und dabei Samenerguss gehabt und geschlechtliche Befriedigung verspürt habe; auch wenn er Mäntel und Capes von Frauen an seinen Geschlechtstheil gedrückt hatte, habe er oft geschlechtliche Befriedigung empfunden.

Seine Angehörigen schoben ihn seiner bisherigen Strafthaten wegen, die damals noch als einfache Taschen-Dieb-

stähle angesehen wurden, nach Amerika ab. Er hat aber dort wie er sagt, dasselbe gemacht. Gerichtsärztlich untersucht, sei er als geistig abnorm wieder nach Europa abgeschoben worden.

Bemerkenswerth ist nun, wie der junge Mensch, von seinen Angehörigen abermals aufgenommen, auch in der Familie dieselben Handlungen begeht, wegen deren er mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt gekommen ist; aber er heirathet! und er giebt an, dass ihn diese Heirath von seiner Perversität geheilt habe, so lange er Gelegenheit hatte, mit seiner Frau geschlechtlich zu verkehren! Bis dahin habe er im Ganzen nur ein- oder zweimal geschlechtlich verkehrt, ohne besonderen Genuss dabei zu empfinden. Der geschlechliche Verkehr mit seiner Frau war aber möglich und zwar, wie mir die Frau gesagt hat, sehr oft. Die Frau wurde in der Folgezeit schwanger, und der Geschlechtsverkehr wurde dadurch schliesslich zur Unmöglichkeit. In diese Periode fallen nun die erneuten Taschen-Diebstähle, bei deren einem K. abgefasst wurde.

Die Ehefrau hat noch angegeben, dass er ihr in der ersten Zeit ihrer Schwangerschaft die gebrauchte Wäsche fortgenommen und zerrissen habe, und er selbst hat dies bestätigt mit dem Bemerken, dass er mit dieser Wäsche onanirt habe. Die Ehefrau hat weiter angegeben, ihr Ehemann sei beim Beischlaf heftig und gewaltthätig. Er sei ein gelegentlicher Bettnässer, er nachtwandle, ohne am nächsten Tage etwas davon zu wissen und leide an Ohnmachten.

Es handelt sich hier um einen hereditär, wie es scheint, nicht belasteten jungen Menschen. Die Angabe, dass sein Vater ein heftiger Mensch gewesen sei, ist wenigstens zu allgemein gehalten, um hieraus auf eine hereditäre Belastung zu schliessen. Immerhin weisst aber die Gesichtsverbildung, ferner die motorische Unruhe des Gesichts, das Unstete, Unruhige des ganzen Individuums auf eine erhebliche nervöse Störung bei ihm hin. Thatsächlich besteht auch eine Asymmetrie der beiden Hoden, der eine ist grösser als der andere. Er berichtet von einem schweren Unfall, bei dem ihm der linke Hoden in die Bauchhöhle gerutscht sei; dieser Hoden ist jetzt in der That kleiner als der rechte. Bald nach dem Unfall finden sich neben gesteigerter geschlechtlicher Erregbarkeit hypochondrische Selbstbeobachtung und hysterische Sensationen: Glucksen im Schädel, linksseitiger Kopfschmerz; ferner finden wir epileptische Elemente: Ohnmachten, Nachtwandeln, Bettnässen.

Dieser Fall charakterisirt sich sonach als ein Fall von Fetischismus, und zwar ist diese Perversität als eine Theilerscheinung aufzufassen bei einem Entarteten, bei welchem sich überdies hysterische und epileptische Elemente nachweisen lassen.

Beide Fälle sind für die gerichtsärztliche Praxis von ausserordentlicher Bedeutung. Wie ich eingangs bereits anführte, handelt es sich bei beiden um Individuen, die mit dem Strafgesetz wiederholt in Konflikt gekommen und mit erheblichen Strafen belegt worden sind, bevor ihre Perversion erkannt wurde. Die Perversion war aber die Triebfeder ihrer strafbaren Handlungen gewesen, und sie war es auch wieder bei denjenigen strafbaren Handlungen, die neuerdings zur Einleitung der strafrechtlichen Verfolgung führten. Diese strafbaren Handlungen hatten an sich keineswegs einen perversen Charakter. Sie waren aber nichtsdestoweniger lediglich Handlungen zur Befriedigung des perversen Geschlechtstriebes; die Perversität war aber in beiden Fällen so geschickt larvirt gewesen, dass erst eine eingehende Untersuchung der Angeschuldigten auf Grund eines offenen und umfangreichen Geständnisses, namentlich auch hinsichtlich der Perversität zur Entdeckung der letzteren führte.

Aus dem mechano-therapeutischen Zander-Institut in Danzig.

Störungen am Zirkulationsapparat nach Unfällen.

Von

Dr. **Wolff**-Danzig.

Dass nach Ueberanstrengungen und nach Verletzungen des Herzens und seiner Gefässe die verschiedensten Störungen an diesen Organen auftreten können, ist bekannt. Es konnte daher nicht fehlen, dass sie wie so viele andere innere Erkrankungen, die einer Verletzung ihre Entstehung verdanken können, bald in den Gesichtskreis des Unfalls gezogen wurden. Dadurch gewannen sie ein eminent praktisches Interesse.

Es handelt sich jetzt mehr um die materielle Werthschätzung, das rein Wissenschaftliche tritt eigentlich etwas zurück gegenüber der Frage, in welcher Höhe der in genanntem Sinne Affizierte geschädigt ist. Ich spreche natürlich nicht von der rein theoretischen Forschung, sondern von der täglichen praktischen Bethätigung. Während früher unsere Haupterwägung dem Umstande galt, in wie weit der Betreffende durch die Affektion gesundheitlich beeinträchtigt wäre, was er zu thun, was zu lassen hätte, werden wir heut meist vor die Erörterung der Frage gestellt, wie hoch des Verletzten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu schätzen ist. Das scheint nur dasselbe, ist es jedoch in der Praxis keineswegs, wenigstens nicht immer, wenn es sich auch in der Theorie in den meisten Fällen decken mag. Denn wir sind für die Unfallverletzten meist gar nicht mehr die Berather in ihren Erkrankungen, weil, abgesehen davon, dass ausser in staatlichen Betrieben heut kaum ein Arbeitgeber sich noch auf die Erörterung der Frage einlässt, ob der Arbeiter schwere oder leichte Arbeit verrichten könne, der Letztere selbst unseren Rathschlägen gar keine Bedeutung beimisst, eine um so höhere dagegen unserer Schätzung. Ausserdem decken sich gerade bei einzelnen Herzaffektionen Krankheit und Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ganz und gar nicht. Ich erinnere nur daran, dass Leute mit Mitralinsuffizienz gewiss nicht gesund sind und doch Jahre lang die grössten Strapazen ohne sonderliche Schädigung ertragen können.

Das Verdienst, die Frage nach dem Einfluss von Unfällen auf das Herz als Erster einer eingehenden Würdigung unterzogen zu haben, gebührt Stern.[1]) Er betonte gleichzeitig die grossen Schwierigkeiten, mit denen der Gutachter gerade auf diesem Gebiete zu kämpfen hätte und hob die geringe Zahl wirklich einwandsfreier Fälle hervor. Seitdem ist eine Anzahl einzelner Beobachtungen und neuerdings eine etwas grössere Serie aus der Königlichen Klinik zu Breslau[2]) veröffentlicht worden. Die Tendenz dieser Veröffentlichungen geht meist dahin, nachzuweisen, dass sich nach Unfällen, welche für gewöhnlich die Herzgegend berührten, nach mehr oder minder langer Zeit schwere Herzaffektionen ausbildeten. Erst neuerdings wurde ein derartiger Fall von Dr. Bierfreund in Insterburg[3]) mitgetheilt. Hier entwickelte sich nach einem Sturz auf die linke Körperseite aus einer Höhe von 1,5 m eine mindestens 9 Monate selbst dem allerdings ziemlich indolenten Verletzten nicht wahrnehmbare Herzerkrankung, die nach einigen Jahren seinen Tod herbeiführte. — Nun wird aber Jeder, der häufig Gelegenheit hat, Unfallverletzte zu beobachten oder zu behandeln, die Erfahrung gemacht haben, dass bei ihnen nach einer entsprechenden Verletzung gar nicht selten zahlreiche Störungen der Herzthätigkeit vorkommen, deren objektive Sym-

[1]) Stern, Ueber traum. Entstehung innerer Krankheiten 1896.

[2]) Ercklentz, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIV. S. 5 und 6.

[3]) Aerztl. S.-V.-Z., No. 20, 1902.

ptome meist undeutlich, wenig ausgeprägt sind, während die subjektiven Beschwerden mehr im Vordergrunde stehen, so dass man leicht geneigt ist, diese Erscheinungen als „nervöse“ Herzaffektionen, als „Herzneurosen“ und als Theilerscheinung einer durch den Unfall geweckten Hypochondrie oder Neurasthenie aufzufassen. In dieser Hinsicht werden uns jedoch die erwähnten Beobachtungen vor einer Unterschätzung warnen, und man muss Stern[4]) beipflichten, wenn er betont: „In Fällen, in denen sich nach einer schweren Brustkontusion Störungen der Herzthätigkeit entwickeln, ohne dass jedoch zunächst sichere Zeichen einer organischen Herzkrankheit aufzuweisen sind, sollte man mit der Annahme einer „Herzneurose“ immer vorsichtig sein. Die Grenze zwischen organischen und funktionellen Erkrankungen des Herzens ist keine feste.“

So beherzigenswerth diese Ansicht auch ist, so wenig angebracht wäre es andererseits, nunmehr in das Extrem zu verfallen. Es erscheint durchaus nicht angezeigt, jeden Menschen, der nach einem Unfall, welcher das Herz betroffen hat, gewisse Störungen der Herzthätigkeit zeigt, nun ohne Weiteres als einen Schwerkranken zu bezeichnen, der in kürzerer oder längerer Zeit unbedingt dieser Affektion unterliegen müsste. Denn darauf liefe die Sache doch eigentlich hinaus. Von vornherein würde schon die Geringfügigkeit der objektiven Symptome diesen Standpunkt nicht rechtfertigen. Und der Unfall als solcher vermag auch nicht ohne Weiteres einem an sich leichten Krankheitsbilde den entgegengesetzten Stempel aufzudrücken.

Es leuchtet aber wohl ein, dass wir mit der Zeit selbst gegen unseren Willen zu einer Ueberschätzung gedrängt werden, wenn nur Fälle zur Veröffentlichung gelangen, welche bei leichtestem Beginn die schwersten Ausgänge zeigen. Lediglich durch den Austausch grösserer Erfahrungen kann allmählich auf diesem schwierigen und dunklen Gebiete eine breite und sichere Basis für die Werthschätzung und Würdigung derartiger Affektionen gewonnen werden.

In diesem Sinne habe ich mich bemüht, aus den in dem hiesigen Institut seit 1891 stationär beachteten und behandelten Unfallverletzten, etwa 2000, die einschlägigen auszusuchen und zusammenzustellen. Es sind im Ganzen 11 Fälle. Sie wurden meist wegen anderer Verletzungen behandelt, zuweilen nur wegen ihrer Herzbeschwerden hier beobachtet. Die Auslese, etwas über 0,5 Prozent, könnte vielleicht dürftig erscheinen. Aber es wurde absichtlich bei der Auswahl mit der äussersten Kritik zu Werke gegangen. Von vornherein schieden alle diejenigen aus, bei denen auch nur der Verdacht auf eine frühere Affektion der Gefässe oder des Herzens bestand. Aus diesem Grund wurden Leute von 40 Jahren oder darüber grundsätzlich nicht erwähnt. Wenn dies zu rigoros erscheint, so muss daran erinnert werden, dass die Arteriosklerose im Arbeiterstand bedeutend früher einsetzt als bei der besser situirten Bevölkerung, und wenn für diese der Beginn der Arteriosklerose gemeinhin auf das Alter von 45—50 Jahren verlegt wird, so dürfte für den Arbeiter das 40. Lebensjahr gewiss nicht als äusserste Grenze anzusehen sein. Ausgeschieden wurden ferner Gewohnheitstrinker, nachweislich Syphilitische, Leute, die mit akutem Gelenkrheumatismus behaftet gewesen waren und Nephritiker. Es ist somit klar, dass ich die Frage nach einer etwaigen Verschlimmerung einer Herz- oder Gefässaffektion gar nicht berührte, sondern mich einzig und allein, soweit mir dies möglich war, auf Personen beschränkte, die in der genannten Beziehung vor dem Unfall intakt gewesen waren. Wo sich die Affektion in das Gesammtbild einer allgemeinen psychischen Alteration einfügte, war stets das Trauma als auslösendes Moment anzuerkennen. Es gelang wenigstens nicht, Symptome zu finden, die auf eine Entwicklung eines dieser Leiden vor dem Unfalle hindeuteten. Trotz ihrer etwas zweifelhaften Zugehörigkeit habe ich diese Fälle aus Gründen, die ich weiter unten erörtern möchte, hier aufgenommen.

Die Beobachtungen, die wir machten, reihe ich in ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge an einander und erwähne noch, dass ich der Kürze halber nur den wichtigsten Befund mittheile.

Fall 1. J. N., 37 J., Maurer, 1890, Fall aus grosser Höhe auf Kopf und Rücken. Befund am 13. Februar 1900: Leichter hypochondrischer Zustand. Herzgrenzen unverändert. Töne leise, aber rein, Puls mittelvoll, nicht besonders hart, setzt zuweilen aus, beschleunigt (80—100), Temp. geschlängelt. Subj.: Die linke Seite sei wesentlich schwächer als die rechte, der linke Arm schlafe ihm ein, die linke Hand zittere bei Anstrengungen, Schwindel und Kopfschmerzen.

Fall 2. A. B., 34 J., Schlosser. Am 14. Mai 1891 ging er an der Spitze einer Kolonne, die eine 10 Ztr. schwere Maschine trug, die Anderen liessen plötzlich los, er trug die Last nun allein auf seiner linken Schulter, sank in die Kniee und suchte sich durch Rückwärtsdrehen zu befreien. Hierbei spürte er einen heftigen Schmerz in der Herzgegend.

Befund am 2. Februar 1897: Linke Brusthälfte vorgewölbt, Herzgrenzen nicht verschoben, zweiter Ton an der Spitze dumpf und klirrend, epig. Pulsationen, Pulsiren periph. Gefässe, Puls klein, weich, regelmässig, in der Ruhe 70, bei geringster Erregung 100.

Subj.: Schmerzen in der linken Brust bei raschem Gehen und Treppensteigen, Herzklopfen bei Aufregungen, kann nicht auf der linken Seite schlafen.

Fall 3. H. N., 23 J., Arbeiter. Am 10. Mai 1894 Fall auf ebener Erde mit der linken Brustseite auf eine Holzschwelle.

Befund am 15. September 1894: Linke Brustseite wölbt sich etwas vor, Herzdämpfung normal, Spitzenstoss verbreitert im V. J.-R., erster Ton an der Spitze klirrend, zuweilen unrein, Puls o. B.

Subj.: Schmerzen in der linken Brustseite, Beklemmungen in der Gegend des Herzens.

Fall 4. A. B., 39 J., Schmied. Am 17. Oktober 1894 fällt B. beim Transport einer Brücke auf einen Prahm mit der linken Brustseite auf letzteren, die Brücke von hinten auf ihn, so dass er einige Minuten in dieser Situation eingeklemmt lag.

Befund am 20. Februar 1895: Herzgrenzen nicht verbreitert, Spitzenstoss im VI. J.-R. hebend, verbreitert, Herztöne rein, leise, Puls mittelvoll, weich, regelmässig, aber beschleunigt. Bekommt Anfälle von Stenocardie mit fühl- und sichtbarem Herzklopfen und jagendem Puls, Angstschweiss. Auch während des Anfalls sind die Töne rein. Hypochondrischer Gesammtzustand.

Subj.: Stiche und Beklemmungen in der Herzgegend bis hinten nach dem Rücken, Kurzathmigkeit.

Fall 5. J. P., 38 J., Arbeiter. Am 17. Mai 1895 fielen ihm in gebückter Haltung zwei Ziegelsteine auf den Rücken.

Befund am 30. November 1895: Herzgrenzen nicht verschoben, Herztöne rein, der erste Ton an der Spitze zuweilen durch ein Geräusch ersetzt. Puls hart, mittelvoll, regelmässig, kaum beschleunigt. Bekommt einmal nach einer Anstrengung einen Herzklopfenanfall. Puls dabei 84, nicht verändert, Herztöne rein.

Subj.: Herzklopfen bei Anstrengungen, so dass ihm die Luft benommen und er wirr im Kopfe werde.

Fall 6. J. W., 33 J., Schlosser. Am 14. Januar 1891 geräth er beim Verladen einer Lokomobile zwischen Schwungrad und Pumpe und erleidet eine Quetschung der linken Brustseite.

Befund am 23. August 1896. Fassförmiger Torax, Bronchialkatarrh, Herzgrenze nach rechts hin bis zur Mitte des Sternum verbreitert, Spitzenstoss in der Erregung im V. J.-R. in der Brustwarzenlinie sicht- und fühlbar. Erster Ton an der Spitze dumpf, weiter hinauf wird er an sich rein, ist aber von einem präsystol. Geräusch be-

[4]) Stern, s. ob. l. c.

gleitet. Puls klein, ziemlich hart, zuweilen aussetzend, beschleunigt (110).

Subj. Beklemmungen in der Brust.

Fall 7. F. M., 23 J., Schlosser. Am 7. Oktober 1897 ölte er eine im Gange befindliche, mannshohe Riemenscheibe, gerieth in sie hinein und wurde, in ihr liegend, 3—4 mal herumgewälzt und dann platt zur Erde geschleudert. Blutung aus Mund und Nase.

Befund am 7. Januar 1898. Sehr anaemisch, dyspnoisch, Herzdämpfung innerhalb der Norm, beide Töne an der Spitze klirrend, Puls regelmässig, voll, weich, verlangsamt (50).

Subj. Schmerzen in der linken Brustseite, bei Anstrengungen Kurzathmigkeit.

Fall 8. F. K., 34 J., Müller. Am 8. Dezember 1897 dirigirt er mit einem Hebebaum einen langen Baumstamm, der an einem Krahn hochgewunden wird. Plötzlich fängt der Stamm an zu schleudern, K. stemmt den Hebebaum nun fest dagegen und lehnt sich mit voller Wucht mit der linken Brustseite an ihn an, weil er fürchtet, dass der Stamm ihm die Beine zerschmettern würde. 10 Minuten lang musste er so die Last auf seiner linken Brust ruhen lassen, bis der Krahn wieder in Ordnung gebracht und er durch die Mitarbeiter befreit wurde. Nach 3 Tagen Blutspeien, das 4 Wochen anhielt.

Befund am 21. April 1898. Leichte Cyanose an Lippen und Händen, Herzdämpfung innerhalb der normalen Grenzen, Spitzenstoss im V.-J. R., etwas einwärts von der M. L. verbreitert. Herztöne dumpf, der erste an der Spitze zuweilen klirrend. Lässt man während der Untersuchung des Herzens athmen, so hört man schabende Geräusche an der Spitze, Puls regelmässig, mittelvoll, weich, 70—80. Die Durchleuchtung lässt Erweiterung des Arterienrohres erkennen.

Subj. Schmerzen in der linken Brustseite, die nach der Schulter und dem linken Arm ausstrahlen, so dass die Finger sich krampfhaft zusammenziehen.

Fall 9. J. M., 27 J., Zimmermann. Am 21. Mai 1899 schleifte er mit anderen Arbeitern einen Balken an einer Kette, glitt aus, fiel hin und stürzte mit der linken Brustseite auf die Balkenkante.

Befund am 29. Septbr. 1900. Die linke VI. und VII. Rippe in der Achsellinie verdickt, pleuritisches Reiben in der nächsten Umgebung. Herzdämpfung normal, Spitzenstoss im V. J. R. verbreitert, Herztöne leise, aber rein, Puls klein, weich, unregelmässig, beschleunigt. Kein Pulsiren peripherer Gefässe, kein Venenpuls.

Subj. Klagen über Herzklopfen.

Fall 11. J. G., 27 J., Arbeiter. Am 15. August 1900 half er mit einem Hebebaum Feldsteine von einem Wagen abladen. Hierbei glitt er aus, ein Stein rollte ihm auf die Brust und quetschte ihn zur Erde. Heftiges Blutbrechen, das sich 3 Tage wiederholte.

Befund am 5. März 1901. Cyanose an Lippen und Händen. Herzgrenzen nicht verschoben. Beide Töne an der Spitze unrein, zuweilen durch deutliche Geräusche ersetzt. Puls klein, weich, unregelmässig, verlangsamt (48—50). Stat. hypoch.

Subj. Angstgefühl, Beklemmung in der Brust, Herzklopfen, Luftmangel.

Wir sehen also eine Reihe von Fällen vor uns, die nach den verschiedensten Schädigungen, wie Ueberanstrengung, Quetschung des Thorax, Fall auf die linke Brustseite, auf den Bauch, auf den Kopf, ja, nach Auffallen von wenigen Ziegelsteinen auf den Rücken Störungen am Herzen und an den Gefässen zeigten. Drei davon waren sicher Hypochonder oder Neurastheniker, bei den übrigen ist eine psychische Alteration nicht verzeichnet worden. Ich habe mich nicht gescheut, diese Fälle hier einzugliedern, weil, wie bereits erwähnt, die Hypochondrie nachweislich erst nach dem Unfall auftrat, und weil ich mich des Eindrucks nicht erwehren konnte, dass die quälenden Herzsymptome im Vordergrunde standen und erst den Boden für die Entstehung der hypoch. Stimmung abgaben. Es ist ja auch bei Leuten, die keinen Unfall erlitten, eine nicht ungewöhnliche Erscheinung, dass häufig wiederkehrende quälende Krankheitserscheinungen, zumal wenn sie vom Herzen ausgehen, eine latente Hypochondrie oder Neurasthenie zu wecken im Stande sind. In dieses Bild fügen sich dann, vielleicht durch Zirkulationsstörungen bedingt, jene Erscheinungen von Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Angstgefühl etc. Man hätte, wenn man diesen kausalen Zusammenhang gelten liesse, vielleicht eine annehmbare Erklärung für manche sogenannte nervöse Erscheinung, die uns heut durch ihre Räthselhaftigkeit schreckt. Doch das hier nur nebenbei!

Die subjektiven Symptome, die unsere Kranken boten, waren die bei Herzkranken wiederkehrenden, die objektiven ebenfalls geeignet, eine Herzaffektion anzudeuten, ohne jedoch die Möglichkeit zu bieten, einen bestimmtem Krankheitstypus zu konstruiren. Die Symptome wechselten zwischen den leichtesten und schwersten. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit könnte man behaupten, dass ein ausgeprägten Klappenfehler nicht vorlag. Freilich wollen wir hier eine Beobachtung Guttmanns[1]) nicht unerwähnt lassen, der auf Grund eines grossen Sektionsmaterials auf 5 klinisch nicht bemerkbare einen deutlich bei Lebzeiten zu diagnostizirenden Klappenfehler rechnet. Die Möglichkeit eines solchen dürfen wir also gewiss nicht ausschliessen. Ein Theil der Fälle liess mit ihrem gestörten Allgemeinbefinden, der Anämie, der Hinfälligkeit, den zuweilen auftretenden Herzgeräuschen den Verdacht auf eine schleichende Endokarditis rege werden. Zuweilen schien das Myokard ergriffen zu sein. Der weiche und kleine Puls deuteten neben einigen anderen Erscheinungen wenigstens darauf hin. In einem Falle war durch die Röntgoskopie neben den übrigen Symptomen der Verdacht auf ein Aneurysma geweckt worden. Schliesslich boten einige das Bild einer mehr oder weniger ausgeprägten Arteriosklerose.

Es ist also gewiss unter unseren Fällen eine Anzahl, die wegen der objektiv nachweisbaren Symptome in prognostischer Beziehung zu grosser Vorsicht mahnten. Und nun sehen wir sie uns, nachdem bereits eine Reihe von Jahren verstrichen ist, von Neuem an. Ich bat mir im Oktober 1902 von den verschiedenen Berufsgenossenschaften die Akten aus, die mir in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt wurden. Bei einzelnen Fällen häuften sich die Gutachten wegen der Berufungen und Rekurse ausserordentlich. Alle sind jedenfalls einer oder mehreren Nachuntersuchungen unterzogen worden. Der heutige Status ist folgender: Alle 11 oben erwähnten Fälle leben noch. Bei keinem einzigen hat sich ein schweres Herzleiden entwickelt, bei keinem überhaupt eine Verschlimmerung des Zustandes eingestellt, im Gegentheil, einige wiesen in objektiver Hinsicht eine nicht unwesentliche Besserung auf. Bis auf die psychisch Alterirten, die gemeinhin als traum. Neurosen aufgefasst wurden, haben alle ihre frühere schwere Arbeit wieder aufgenommen, zwei von jenen arbeiten ebenfalls, aber leichter, so dass die Rente von 100 auf 50 resp. $33^1/_3$ $^0/_0$ ohne Widerspruch herabgesetzt werden konnte. Einigen ist die Rente völlig entzogen worden, ohne dass Berufung eingelegt wurde. Zur Beruhigung derjenigen, denen bei der Geringfügigkeit der objektiven Erscheinungen Zweifel an der Richtigkeit der Beobachtung aufsteigen könnten, will ich erwähnen, dass nicht ein einziger von diesen Fällen nur von einer Seite untersucht wurde, sondern dass allenthalben Kontroluntersuchungen von den verschiedensten Seiten den ersten Befund bestätigten. Nur in einem Falle wurde der Verdacht auf Simulation rege. Und hier stehen sich allerdings die Ansichten schroff gegenüber. Die Rekursentscheidung fiel zu Gunsten des Klägers aus.

Die erwähnten Wahrnehmungen in ihren Einzelheiten,

---

[1]) Real-Encyl. d. ges. Heilk. Bd. IX.

in ihrem Für und Wider genauer zu besprechen, unterlasse ich, weil es mir nicht darauf ankam, sondern nur darauf, durch eine in ihrem Fortgang genau verfolgte Anzahl von Fällen darzuthun, dass die oben erwähnte pessimistische Anschauung nicht immer ihre Berechtigung hat. Ich hoffe, dass diese Veröffentlichung nicht vereinzelt bleiben wird. Vielleicht gelingt es dann, durch sorgfältige Gegenüberstellung die Spreu vom Weizen zu sondern und die ernsteren Fälle von den leichteren zu unterscheiden.

Von den oben skizzirten Folgen nach Verletzungen, die auf das Herz einwirken, sind ohne Zweifel diejenigen von grösstem Interesse, die auf eine Arteriosklerose hindeuten. Sie sind die einzigen, die ein halbwegs fertiges Krankheitsbild erkennen lassen, und gerade sie werden trotzdem meist als „Herzneurosen" aufgefasst.

Oppenheim[1]) war wohl der Erste, der auf das Entstehen einer Arteriosklerose nach Unfällen, u. z. im Verlauf der traumatischen Neurosen, aufmerksam machte. „Es ist mir aufgefallen", sagt er, „dass in nicht wenigen der von mir beobachteten (an traum. Neurosen) Fälle, welche ich einige Jahre nach dem Unfall wieder zu untersuchen Gelegenheit hatte, die Zeichen der Arteriosklerose hervortraten." Hiernach darf man annehmen, dass O. in der Arteriosklerose gewissermassen eine Folgekrankheit der traumatischen Neurose sieht.

Eine Erklärung hierfür oder einen Versuch dazu konnte ich bei ihm nirgends finden.

Gegenüber dieser Beobachtung, die im Grossen und Ganzen auch von anderer Seite, wenn auch nicht in diesem Zusammenhange, bestätigt wird, wäre jedoch für unsere Fälle, wie bereits oben angedeutet, zu betonen, dass diejenigen, bei denen eine Arteriosklerose angenommen wurde, keineswegs stets die Erscheinungen einer der traumatischen Neurosen boten, und dass, wenn beide Affektionen gemeinsam beobachtet wurden, es doch recht zweifelhaft schien, was Anfang, was Ausgang, welches Ursache, welches Folge wäre. Wenn wir erwägen, dass die arteriosklerotischen Veränderungen allenthalben am Körper auftreten und die verschiedensten Beschwerden verursachen können, so ist es doch eigentlich nicht nöthig, wenn Jemand bei dieser Affektion über Schwindelerscheinungen, Kopfdruck, Rückenschmerzen und dergl. mehr klagt, ein neues Krankheitsbild zu substituiren, das immerhin doch recht hypothetischer Natur ist, wenn wir dafür ein Jedermann bekanntes und geläufiges setzen können. Bezüglich der Schätzung hätten wir dann mit substantiellen Veränderungen zu thun, mit denen wir mit einiger Sicherheit rechnen könnten, was bei dem problematischen Gebilde der traumatischen Neurose ja ganz ausgeschlossen ist. Wenn aber Oppenheim erwähnt, bei nicht wenigen Fällen seiner Beobachtung nach Jahren eine ausgebildete Arteriosklerose festgestellt zu haben, so wäre der Schluss vielleicht nicht zu gewagt, dass dies im Anfang der traumatischen Neurose so selten geschieht, weil uns die Anfänge der Arteriosklerose noch recht unbekannt sind und somit leicht unserer Beobachtung entgehen. Wir übersehen eben die Anfänge der Gefässerkrankung und deuten die von gestörter Zirkulation herrührenden Erscheinungen als „nervöse". Wenn sich die „Befunde bei traumatischen Neurosen" erst häufen werden, dann dürfte vielleicht der Nachweis erbracht werden, dass wir es in der Hauptsache mit solchen Ernährungsstörungen in Folge unzulänglicher Zirkulationsverhältnisse zu thun haben.

Geben wir aber die Möglichkeit einer Arteriosklerose nach Unfällen, sei es nun mit traumatischer Neurose oder ohne eine solche, zu, so müssen wir auch versuchen, den Weg zu finden, auf dem wenigstens eine gewisse Möglichkeit für eine Erklärung vorliegt. Denn nur dann haben wir festen Boden unter den Füssen, wenn Praxis und Theorie einander ergänzen. — Die Arteriosklerose ist an sich leider ein wenig bearbeitetes Gebiet und noch in der II. Auflage der Real-Encyclopädie vermisst A. Fränkel eine umfassende Monographie dieser allen geläufigen Affektion. Bezüglich der Pathogenese äussert er sich an eben derselben Stelle folgendermassen:

„Es ist zu bemerken, dass in einer gewissen Reihe von Fällen, ja, man kann sagen, in der Mehrzahl, der Ausbildung der Arterienwand-Erkrankung eine Reihe von Störungen vorausgeht, welche, allgemein ausgedrückt, in einer Steigerung der Herzarbeit, namentlich des linken Ventikels, durch abnorme Widerstände im Aortensystem bestehen." Als Folge davon sieht er mit Traube einen endarteritischen Prozess an, der dann weiter zur Verhärtung des Gefässrohres führt.

Dass durch eine Quetschung, eine schwere Kontusion der Brust, speziell des Herzens, solche abnormen Widerstände geschaffen werden können, ist wohl verständlich, ganz abgesehen von den dabei möglichen lokalen Läsionen, die für die Ausbildung eines endart. Prozesses den günstigsten Boden abzugeben vermögen. Für diejenigen Verletzungen jedoch, die ausserhalb der Herzgegend stattfinden und trotzdem das Bild der Art. zu zeitigen vermögen, selbst unter Einschaltung der traum. Neurose, reicht diese Erklärung nicht aus. Es ist jedenfalls von vornherein nicht ersichtlich, wie durch den Fall auf den Kopf oder den Bauch, ja, durch Auffallen von Ziegeln auf den Rücken ein vermehrter Herzdruck zu Stande kommen sollte. Hier müssen wir einen kleinen Umweg machen. Wir wissen, dass durch Reize, die fernab vom Herzen den Vagus, Sympathicus oder das Vasomotorenzentrum in der Oblongata treffen, eine Einwirkung auf das Herz entstehen kann. Wir müssen dann annehmen, dass der Reiz entweder in Folge von lokaler Schmerzhaftigkeit sich häufig genug wiederholt, um eine dauernde Einwirkung auf das Herz zu ermöglichen oder dass z. B. durch eine äussere Läsion jenes Zentrums eine Alteration hervorgerufen war, die nachhaltig das Herz zu beeinflussen im Stande ist.

Auf diesem Wege könnte man sich vielleicht das Zustandekommen einer Arteriosklerose nach den verschiedensten Verletzungen erklären. Und eine solche Arteriosklerose kann sich, wie wir sahen, mit einer der sogenannten traumatischen Neurosen kombiniren.

Es erscheint somit nothwendig, in jedem Falle einer traumatischen Neurose auf Veränderungen des Gefässsystems zu achten. Man darf jedoch im Anfange nicht nach dem Hauptkriterium jener Affektion, dem harten Puls und den geschlängelten Gefässen suchen. Zur Ausbildung solcher Veränderungen bedarf es der Zeit. Ich habe den Eindruck, dass diesem Zustand ein abnorm weicher Puls voraufgeht.

Wenn sich die oben entwickelte Annahme, dass die nervösen Erscheinungen nach Unfällen hauptsächlich Folgen gestörter Zirkulation sind, bestätigt, dann würde auch die Therapie nicht wie bisher gänzlich in der Luft schweben. Die Arteriosklerose eines Unfallverletzten ist keine andere als diejenige eines anderen Menschen, und wir brauchen dort ebensowenig die Hände in den Schoss zu legen, wie wir es hier thun. Wir werden dann jedenfalls versuchen, einer Kategorie von Unfallverletzten handelnd und behandelnd gegenüberzutreten, die wir bisher als ein Noli mi tangere zu betrachten uns gewöhnt hatten.

[1]) H. Oppenheim, Die traum. Neurosen II. Aufl. 1892.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigen-Thätigkeit für die letzten zwei Semester.

Von Prof. Dr. P. Silex-Berlin.

Die Zahl der in Betracht kommenden Arbeiten ist eine sehr grosse. Es erklärt sich dies daraus, dass über viele Punkte, so besonders über die Frage der Entschädigungen, eine Einigkeit noch nicht erzielt ist, und so das Bestreben vorliegt, durch eine reiche Kasuistik den Bau des Gebäudes zu fördern. Kurze Mittheilungen, denen eine gewisse Pointe fehlt, haben wir ausser Betracht gelassen und machen auch im Uebrigen auf Vollständigkeit keinen Anspruch. Zur leichteren Orientirung haben wir das Zusammengehörige unter Voranstellung der Literatur aneinandergereiht und glauben damit den Lesern einen Dienst erwiesen zu haben.

I.

Sehr interessante Resultate hat die Gutachter-Thätigkeit geliefert, insofern sie die divergirenden Ansichten über die Höhe der Rentenbemessung trotz der vielen im Laufe der Jahre aufgestellten mathematischen Formeln noch deutlich erkennen lässt.

1. **Becker.** Der Entschädigungsanspruch des Arbeiters bei Augenverletzungen. (Die Arbeiter-Versorgung 01. No. 1).

2. **Müller.** Abschätzung der Erwerbsbeschränkung durch Schädigung des Sehorgans bei Unfallverletzten der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft. (Med. Korr.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. Mai 1902.)

3. **Schmidt-Rimpler.** Ueber Diagnose und Behandlung wichtiger Augenaffektionen mit vorzugsweiser Berücksichtigung der Frage, wann die Hilfe eines Spezialarztes erforderlich wird. Die Deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts. (Aus: Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. No. 10.)

4. **Silex.** Zeitschrift für Augenheilkunde VI. 5.

5. Aus der ophthalm. Sektion der VIII. Pirogoffschen Versammlung. Moskau. Januar 1902. (Ref. in Zeitschr. f. Augenheilkunde. VII. 6.

6. **Ammann.** Einiges zu den Unfallentschädigungen. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte XXXII. Beilage, No. 18.)

Die bekannte Zehendersche Formel zur Berechnung der Erwerbsbeeinträchtigung eines Arbeiters durch eine erlittene Augenverletzung ist jetzt wohl ganz aufgegeben; auch von den in neuerer Zeit aufgestellten Formeln, wie z. B. die von Heddaeus und Groenouw, haben sich, weil allzu komplizirt, nicht einbürgern können. Bei seinem Versuch nun, einen genauen Massstab für die Höhe der erlittenen Schädigung bei den verschiedenen Arten von Augenverletzungen zu gewinnen, geht Becker (1) von der durchaus richtigen Voraussetzung aus, dass es fast immer drei Funktionen des Auges sind, die wechselweise in Mitleidenschaft gezogen werden: zentrale Sehschärfe, die Akkommodation und das indirekte Sehen (Gesichtsfeld). Alle anderen Funktionen, wie z. B. Muskel- oder Farbensinnstörungen, treten praktisch an Häufigkeit und Wichtigkeit hinter diesen dreien weit zurück. Es kommt nun darauf an, den wechselseitigen Werth von zentraler Sehschärfe, Akkommodation und Gesichtsfeld derart zu bestimmen, dass jeder einzelne Fall der Praxis sich leicht danach bewerthen lässt.

Man kann sagen, dass die zentrale Sehschärfe einen Mindestwerth von $^2/_3$ des Gesammtwerthes eines Auges darstellt. Je $^1/_6$ bliebe dann für Akkomodation und Gesichtsfeld übrig. Setzt man den Gesammtwerth beider Augen gleich 100, so kommt demnach auf die zentrale Sehschärfe 66, auf Akkommodation und Gesichtsfeld je 17, oder für das einzelne Auge: zentrale Sehschärfe = 33, Akkommodation und Gesichtsfeld je 8.

Bei dieser Berechnung ist angenommen worden, dass beide Augen Schaden genommen haben. Meist aber ist in der Praxis nur ein Auge verletzt, hier hat der alte Zehendersche Vorschlag seine Giltigkeit, den ursprünglichen Werth des besseren Auges zu $^2/_3$, den des schlechteren nur zu $^1/_3$ des Gesammtwerthes anzusetzen. Es käme dann heraus:

	Besseres Auge	Schlechteres Auge
Zentrale Sehschärfe . . .	44	22
Akkommodation	11	6
Gesichtsfeld	11	6
	66	34

Handelt es sich um ungelernte Arbeiter, so ist das bessere Auge mit $^3/_4$, das schlechtere mit $^1/_4$ anzusetzen. Es ergiebt sich dann:

	Besseres Auge	Schlechteres Auge
Zentrale Sehschärfe . . .	50	17
Akkommodation	12	4
Gesichtsfeld	12	4
	74	25

ist der zu begutachtende Funktionsausfall ein vollkommener, so ist der Prozentsatz der Schädigung sofort abzulesen. Anders ist es, wenn eine Funktion nur geschädigt ist. Es muss dann erst das noch Vorhandene bewerthet, resp. die Grösse des Ausgefallenen bestimmt werden. Bei Akkommodation und Gesichtsfeld ist dies mit Genauigkeit nicht durchzuführen; man wird dann entweder nur abschätzen oder in schweren Fällen den vollen Werth für den Totalverlust einsetzen. Bei der zentralen Sehschärfe kann das noch vorhandene Sehvermögen genau bewerthet werden. Verf. geht hierbei von der Voraussetzung aus, dass eine wirkliche Einbusse an Erwerbsfähigkeit erst dann anzunehmen ist, wenn das Auge eine zentrale Sehschärfe von weniger als $^1/_2$ besitzt. Setzt man nun dementsprechend den vollen Werth der gewerblichen Sehschärfe gleich $^1/_2$ der wissenschaftlichen Sehschärfe, und lässt alsdann diesen Werth, der gebräuchlichen Sehschärfenskala folgend, ungefähr in einfacher arithmetischer Progression abnehmen, so erhält man die folgende Skala:

Der Werth der zentralen Sehschärfe des unverletzten Auges betrage:

	44	22	50	17
dann ist der wirkliche, in Rechnung zu stellende Nutzwerth des zentralen Sehens bei einer Sehschärfe von				
weniger als $^1/_2$—$^5/_{12}$	38	19	45	15
„ „ $^5/_{12}$—$^5/_{15}$	32	16	39	13
„ „ $^5/_{15}$—$^5/_{20}$	26	13	33	11
„ „ $^5/_{20}$—$^5/_{30}$	20	10	27	9
„ „ $^5/_{30}$—$^5/_{60}$	15	7	11	7
„ „ $^5/_{60}$—$^3/_{60}$	10	5	15	5
„ „ $^3/_{60}$—$^1/_{60}$	6	3	9	3
„ „ $^1/_{60}$—$^1/_{120}$	2	1	3	1
„ „ $^1/_{120}$—0	0	0	0	0

Die Berechnung selbst gestaltet sich nun folgendermassen:

Es sei

Sc_1 der Werth der zentralen Sehschärfe des besseren Auges
A_1 „ „ der Akkommodation des besseren Auges,
Sp_1 „ „ des peripherischen Sehens des besseren Auges,
Sc_2 „ „ der zentralen Sehschärfe des schlechteren Auges,

A_2 der Werth der Akkommodation des schlechteren Auges,
Sp_2 „ „ des peripherischen Sehens d. schlechteren Auges.

W sei der Werth des gesammten Sehvermögens eines Menschen, V sei der durch den Unfall verwirkte Verlust an Sehvermögen, dann ist

$$W = \frac{(Sc_1 + A_1 + Sp_1) + (Sc_2 + A_2 + Sp_2)}{100}$$

$$V = 1 - \frac{(Sc_1 + A_1 + Sp_1) + (Sc_2 + A_2 + Sp_2)}{100}$$

An der Hand mehrerer Fälle aus der Praxis beweist Verfasser die Richtigkeit seiner Formel, die, wie er selbst angiebt, nur ein Versuch sein soll, Unfallansprüche genau prozentualisch zu normiren. Er betont selbst, dass es immer Fälle geben wird, die sich in kein Schema einzwängen lassen. Von diesem Gesichtspunkt aus ist der Versuch als ein durchaus gelungener zu bezeichnen, wenn auch der gewissenhafte Sachverständige stets gezwungen sein wird, Unfallfolgen nicht nur nach todten Zahlen zu beurtheilen, sondern auch Umstände zu berücksichtigen, wie Alter, Intelligenz, Körperzustand des Verletzten etc., Umstände, die sich eben niemals werden in einer einzigen Formel unterbringen lassen.

Müller (2) erläutert die Grundsätze, nach denen in der Tübinger Augenklinik Unfallrenten bei Augenschädigungen von Landarbeitern normirt werden. Seine Ausführungen decken sich im Allgemeinen mit den überall gebräuchlichen Grundsätzen, zumal er auch wiederholt betont, dass sich eine Augenverletzung in Hinsicht auf Erwerbsbeeinträchtigung niemals in ein todtes Schema einzwängen lasse, sondern dass jeder Fall individuell beurtheilt werden müsse. Mit Magnus betrachtet er die normale Erwerbsfähigkeit abhängig von ungeschmälerter Funktion der Körperorgane, von der technischen Fertigkeit, und von der Konkurrenzfähigkeit. Im Wesentlichen ist bei augenverletzten Landarbeitern die Erwerbsbeschränkung gleich der Herabsetzung des erwerblichen Sehvermögens, welches er zusammengesetzt betrachtet aus normaler Sehschärfe, Gesichtsfeld, binokularem Sehen und Muskelthätigkeit.

Verlust eines Auges bei intaktem zweiten bewerthet er mit 25—33 Prozent. Schon Herabsetzung der wissenschaftlichen Sehschärfe unter die Hälfte der Norm bedingt eine Erwerbsbeschränkung. Bestand schon vor dem Unfall ein Augendefekt, so ist die Erwerbsbeschränkung durch das Verhältniss von Erwerbsfähigkeit vor und nach dem Unfall bestimmt.

Pupillenveränderungen und Akkommodationsstörungen bedingen bei Landarbeitern in der Regel keine Erwerbseinschränkung, wohl aber beeinflussen Gesichtsfeldveränderungen die Erwerbsfähigkeit in hohem Masse. Verlust des binokularen Sehens kommt am häufigsten nach einseitiger Staaroperation vor. Er ist mit 10—15 Prozent zu bewerthen. Augenmuskellähmung macht den Patienten zu einem Einäugigen, ist also dementsprechend zu entschädigen.

Die nähere Begründung und Erörterung der angeführten Ausführungen kann nachgesehen werden in des Verf. gleichnamiger Inaugural-Diss. Tübingen 01.

Aus der interessanten Arbeit von Schmidt-Rimpler (3) sei hier nur über die Abschnitte berichtet, die auf den Einfluss von Sehstörungen auf die Erwerbsfähigkeit Bezug haben. Im Allgemeinen wurden früher bei Verlust eines Auges und intaktem zweiten Auge 33 Prozent Rente bewilligt, welche Zahl jetzt auf 25 Prozent normirt worden ist. Der Schaden besteht hauptsächlich in der Einengung des peripherischen Sehens und in dem Verlust des stereoskopischen Sehens. Letzteres bessert sich durch Gewöhnung allmählich, so dass man den Satz von 25 Prozent nur für die erste Zeit zugestehen muss, um dann später für die meisten Berufsarten auf 18—20 Prozent herabgehen zu können.

Ist bei intaktem einem Auge das zweite durch einen Unfall sehschwach geworden bis etwa zur Sehschärfe $^1/_2$, so liegt überhaupt keine dauernde Erwerbsbeeinträchtigung vor.

Ist bei Verlust eines Auges auch das zweite sehschwach geworden, so muss man von Fall zu Fall urtheilen; Formeln, wie die von Zehender aufgestellten, haben keinen allzu grossen praktischen Werth.

Praktisch wichtig sind die Fälle, in denen eine durch Unfall entstandene Katarakt entfernt wurde, und im Lauf der Zeit gute Sehschärfe des verletzten Auges ($^1/_2$—1) erzielt wurde.

Wenn es auch meist hier zu einem binokularem Sehen und zu einer richtigen Distanzschätzung nicht kommen wird, so ist doch in Anbetracht der thatsächlich vorhandenen Sehtüchtigkeit des verletzten Auges nur auf 12—15 Prozent Erwerbsbeeinträchtigung zu erkennen.

Allgemein giltige Regeln lassen sich überhaupt nicht aufstellen, wenn noch andere komplizirende Momente, wie chronische Entzündungen, Gesichtsfelddefekte etc. vorliegen. Auch hier muss jeder Fall wieder genau individualisirt werden.

Sehr häufig sind Uebertreibungen nachweisbar; am leichtesten kommt man in solchen Fällen durch stereoskopische Untersuchungen und Aufnahme des Gesichtsfeldes in verschiedenen Distanzen zum Ziel. Die Diagnose der Uebertreibung kann aber doch recht schwierig sein und in manchen Fällen nur vom geübten Spezialisten auf Grund des Missverhältnisses zwischen subjektiven Angaben und objektivem Befund gestellt werden.

(4) Ein stark hypermetropischer Augenarzt hatte auf seinem linken Auge eine Glassplitterverletzung erlitten, durch die entstandene Narbenbildung in der Hornhaut war die Sehschärfe des früher guten Auges auf $^1/_4$ gesunken; das rechte Auge zeigte nach Gläserkorrektion $^2/_3$ Sehschärfe. Er klagte über nervöse Störungen wie Flimmern, Blendung, monokuläre Diplopie, er sei zum Augenarzt nicht mehr brauchbar, und sei, da er beim Arbeiten das verletzte Auge schliessen müsse, als Einäugiger zu betrachten. Er verlangte von seiner Versicherungsgesellschaft 100 Prozent Unfallrente. Diese aber betrachtete das rechte Auge als normal und bewilligte nur 20 Prozent für den Verlust von $^3/_4$ Sehkraft des linken Auges. Silex (4) war als letzter Gutachter aufgerufen worden und beurtheilte den Fall folgendermassen: Einem Arbeiter mit höchsten optischen Anforderungen — also auch einem Arzt — sind bei Sehschärfe $^2/_3$ und $^1/_5$ bei Benutzung von Gläsern (eine Brille wurde auch vor dem Unfall schon getragen) ca. 25 Prozent zu bewilligen. Der vom Patienten angegebene nothwendige Schluss des verletzten Auges bei der Arbeit erhöhte diesen Satz auf 45 Prozent, und zwar für eine Uebergangszeit von ca. $1^1/_2$ Jahren. Nach Ablauf dieser Zeit wäre wieder auf den Satz von 25 Prozent zurückzugreifen, vorausgesetzt, dass sich die nervösen Beschwerden gelegt hätten. Diese sind auf 5 Prozent Erwerbsbeeinträchtigung zu taxiren, so dass für die erste Zeit 45 + 5 = 50 Prozent normirt wurden. Würde das Auge bei der Arbeit wieder geöffnet, so sollten 30 Prozent so lange gezahlt werden, als die nervösen Beschwerden sich noch zeigten, und schliesslich nach Fortfall derselben, 25 Prozent.

Der Kollege und Patient erklärte sich endlich mit 45 Prozent für die lokale Verletzung einverstanden und verlangt nur noch für die nervösen Störungen statt 5 — 20 Prozent, also im Ganzen 65 Prozent, einigte sich aber schliesslich auf 50.

(5) **Natanson:** Ueber die verminderte Erwerbsfähigkeit der Arbeiter bei Augenverletzungen und deren Bewerthung bei der Entschädigung.

Die Augenverletzungen bilden 4 Prozent von den bei Arbeitern vorkommenden Verletzungen. Eine Unfallversicherung existire in Russland nicht. Redner schlägt vor, den Verlust eines Auges mit 10—15 Prozent zu bewerthen.

Maklakoff: Ueber die verminderte Erwerbsfähigkeit Einäugiger.

Aus der von Maklakoff beigebrachten Kasuistik glaubt er sagen zu dürfen, dass einäugige Arbeiter nur wenig an Erwerbsfähigkeit einbüssen. Trotzdem aber hält er die Bewerthung der verminderten Erwerbsfähigkeit Einäugiger mit 33 Prozent für richtig.

Braunstein: Ueber die Verminderung der Erwerbsfähigkeit bei Augenverletzungen.

Der Einäugige ist zu manchen Berufen überhaupt untauglich. Der in Deutschland übliche Entschädigungsatz ist zu niedrig.

Bellarminoff findet in der Diskussion die von Natanson vorgeschlagene Bewerthung zu niedrig, sondern spricht sich für 50 Prozent aus.

Es wird beschlossen, die Frage der Bewerthung der verminderten Erwerbsfähigkeit bei Verletzungen der Fabrik- und Bergwerksarbeiter als Programmfrage für die IX. Pirogoffische Versammlung aufzustellen.

Ammann (6) greift von den Augenverletzungen die Cataracta traumatica und die durch dieselbe bedingte Aphakie heraus. An der Hand einer Reihe selbstbeobachteter Fälle von Aphakie nach Trauma weist er nach, dass häufig genug eine Erwerbsbeeinträchtigung nicht vorliegt oder dass dieselbe nur äusserst gering ist. Verf. nimmt bei Aphakia nach Trauma 5 % Erwerbsschädigung an, bei Leuten mit höheren optischen Ansprüchen in den ersten beiden Jahren 10—20 %, dann 5 %.

Allgemeines.

Ein Beitrag aus der gerichtsärztlichen Praxis.

Von Dr. Anton Kugel-Bodenbach.

(Prager medizinische Wochenschrift No. 46, 1901.)

Ein sechsjähriger Knabe war durch Sturz aus einem Wagen zu Tode gekommen; es handelte sich darum, den Vorgang der Tödtung näher festzustellen, insbesondere zu entscheiden, ob das Kind nach dem Sturz überfahren worden sei oder nicht, wie zwei Zeugen behaupteten. Entgegen den Aussagen der Zeugen vertrat K. auf Grund des Sektionsbefundes die Ansicht, dass der Knabe überfahren worden sein müsse. Die Obduktion hatte in der Hauptsache ergeben: Bruch der Halswirbelsäule, Gehirnerschütterung, Suffusionen in den Organen des Brustkorbes und der Bauchhöhle, Ruptur der Leber. Die beiden erstgenannten Befunde erklären sich zur Genüge aus dem Sturz, die weiteren Erscheinungen sind aber nur darauf zurückzuführen, dass eine starke Quetschung stattgefunden hat. Der Sturz erfolgte aus einer Höhe von noch nicht $1^1/_2$ m; wenn auch Spuren des Ueberfahrens an dem Kinde äusserlich nicht sichtbar waren, so musste man diesen Vorgang doch annehmen, da ein Sturz aus so geringer Höhe unmöglich eine Leberruptur herbeiführen kann. Dagegen ist es eine bekannte Thatsache, dass selbst bedeutende Quetschungen der inneren Organe erfolgen können, ohne dass Spuren der denselben zu Grunde liegenden Gewalt an den Hautdecken sichtbar wären. Die kindliche Haut zeigt besondere Resistenzfähigkeit, und die Rippen des kindlichen Brustkorbes vermögen in Folge ihrer grossen Elastizität und ihres festen Knochengefüges beträchtlichen Gewalteinwirkungen zu widerstehen.

—y.

Chirurgie.

Ein Fall von Schenkelhalsfraktur mit Verlängerung des Beines.

Von Assistenzarzt Dr. W. Dietzer.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln; Geheimrath Professor Dr. Bardenheuer.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64, Heft 1 bis 3.)

Die Diagnose der Schenkelhalsbrüche bietet im Allgemeinen keine Schwierigkeiten, besonders wenn die typischen Symptome, Auswärtsrotation, Verkürzung des Beines und veränderte Gestalt der Hüfte vorhanden sind. Schwieriger wird das Erkennen des Bruches, wenn eines dieser Anzeichen fehlt, oder sich gar ein ganz ungewohntes Bild dem Untersucher darbietet. So beobachtete D. statt der üblichen Verkürzung des Beines eine Verlängerung desselben.

Ein 50jähriger Arbeiter fiel auf der Strasse und schlug mit der rechten Hüfte auf die Trottoirkante auf. Bei seiner bald darauf erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus fand sich erhebliche Schmerzhaftigkeit des Schenkelhalses; ebenso verspürte der Kranke heftige Schmerzen bei Druck auf den grossen Rollhügel und bei Innenrotation des Beines. Dieses war um 2 cm gegenüber dem gesunden verlängert. Es konnte sich hiernach nur um eine Luxatio obturatoria oder Fractura colli femoris mit eigenthümlichem Symptomenkomplex handeln. Die Entscheidung gab das Röntgenbild, auf welchem sich ein extrakapsulärer eingekeilter Schenkelhalsbruch zeigte, bei dem die periphere Partie des fast senkrecht gestellten Halsfragmentes in die obere Partie des Trochanter maior eingekeilt war.

Der Bruch heilte unter Extensionsbehandlung vorzüglich, allerdings mit Verlängerung des Beines um 2 cm; der Trochanter stand 2 cm unterhalb der Roser-Nelatonschen Linie.

Niehues-Berlin.

Zur Kasuistik der Hüftgelenkspfannenbrüche.

Von Stabsarzt Dr. Graessner.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln; Geheimrath Prof. Dr. Bardenheuer.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 64, Heft 4 und 5.)

Verf. fasst den Begriff „Hüftgelenkspfannenbrüche“ so auf, dass er zu denselben nicht nur Absprengung des Pfannenrandes und isolirte Frakturen des Pfannenbodens, sondern auch diejenigen Brüche des Beckens hinzuzählt, bei denen die Pfanne mit frakturirt ist, da die in Folge dieser Komplikation entstehenden Symptome das Krankheitsbild beherrschen. Er konnte in dem Zeitraum von $^3/_4$ Jahren neun derartige Fälle beobachten, woraus folgt, dass die Pfannenbrüche bei Weitem nicht so selten sind, als man bisher annahm.

Als Ursache der Brüche, welche Männer im Alter von 14 bis 44 Jahren betrafen, wird siebenmal Fall auf die Hüfte angegeben; einmal findet sich Fall auf das Kreuz verzeichnet. Interessant ist die Entstehungsweise im neunten Fall (Absprengung des oberen Pfannenrandes und Luxation des Schenkelkopfes nach oben hinten). Der 17 Jahre alte Kranke sprang beim Treppabwärtsgehen über drei Stufen mit dem linken Fusse mit grosser Gewalt auf, wobei er einen heftigen Schmerz in der Hüfte empfand. Um nicht zu fallen, suchte er das an seiner linken Seite befindliche Treppengeländer zu fassen und machte deshalb eine forcirte Aussendrehung des Rumpfes nach links. Durch das erste Moment erfolgte die Absprengung des Pfannenrandes, unter Hinzutritt des zweiten die Luxatio iliaca.

Die Diagnose des Bruches stützte sich in den meisten Fällen auf heftige Schmerzen im Hüftgelenk bei Druck auf

den Trochanter oder Stoss gegen die Ferse, Stand der Trochanterspitze in der Roser-Nelatonschen Linie, Annäherung des Trochanters an die Mittellinie mit Abflachung der Trochantergegend, beschränkte und schmerzhafte Innenrotation, Druckempfindlichkeit der Pfannengegend bei tiefem Eindrücken dicht über dem Lig. Pouparti in der Regio hypogastrica, druckempfindliche Vorwölbung in der Pfannengegend bei rektaler Untersuchung. Verkürzung des Beines, Krepitation und Ecchymosen oberhalb des Poupartschen Bandes fehlten. In allen Fällen sicherte die Röntgenaufnahme die Diagnose.

Differentialdiagnostisch kommen Kontusionen des Hüftgelenks und eingekeilte Schenkelhalsfrakturen in Betracht. Gegen Verwechselungen mit Kontusion schützt die Abflachung der Trochantergegend, die mediale Annäherung und die Untersuchung vom Mastdarm aus gegen Verwechslung mit eingekeilter Schenkelhalsfraktur der Stand der Trochanterspitze in der Roser-Nelatonschen Linie und das Fehlen jeglicher Verkürzung. Das Röntgenbild schafft in allen Fällen Klarheit.

Die Behandlung bestand in Längs-Extension des Beines mit 12—15 kg und Querextension des Oberschenkels nach aussen mit 5—7 kg. Um zu verhüten, dass die Kranken zu sehr nach der gesunden Seite auswichen, wurde eine Querextension mit 3—5 kg nach der kranken Seite hinzugefügt.

Niehues-Berlin.

Ein Fall von Luxation des Fusses nach hinten.

Aus der orthopädischen Klinik des Dr. Schanz in Dresden.

Von Dr. Schanz.

Sch. fügt den bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über Verrenkung des Fusses nach hinten eine eigene hinzu.

Die 45-jährige Kranke war von der Treppe gerutscht und so zu Fall gekommen, dass sie sich auf den untergeschlagenen linken Fuss setzte. Der Fuss wurde nach der Verletzung auf der Volkmannschen Schiene gelagert. Als sie nach sieben Wochen in die Behandlung des Verf. kam, bestand eine Verrenkung des Fusses nach hinten mit Bruch des äusseren und Absprengung eines Knochenstückes am inneren Knöchel. Der Gang der Kranken liess viel zu wünschen übrig. Da ein in Narkose vorgenommener Repositionsversuch misslang, erhielt die Kranke einen Schienenhülsenapparat, welcher eine bedeutende Funktionsverbesserung herbeiführte.

Niehues-Berlin.

Ueber Pes calcaneus traumaticus.

Von Dr. A. Wittek, orthopäd. Assistent.

Aus der chir. Universitäts-Klinik Graz; Prof. Dr. Nicoladoni.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64. Heft 5 und 6.)

Das Fersenbein wird in seiner Lage erhalten durch Zug und Gegenzug von Muskeln. Der Zug wird von der Wadenmuskulatur ausgeführt, welche vermittelst der Achillessehne am Processus posterior angreift; den Gegenzug übernehmen die von der Tuberositas calcanei entspringenden, durch die Fusssohle nach vorn verlaufenden Muskeln. Wird der Zug aus irgend einem Grunde aufgehoben, so erlangen die letztgenannten Muskeln das Uebergewicht und ziehen das normal nach hinten gerichtete Fersenbein nach unten und vorn, so dass seine Längsachse mehr in die Verlängerung der Schienbeinachse fällt; es entsteht ein Hackenfuss. Der Bewegung des Calcaneus schliesst sich der mit ihm durch Bandmassen straff verbundene Talus an.

Durch denselben Muskelzug wird auch der Vorderfuss nach unten gezogen, so dass ein hohes Fussgewölbe, dessen Scheitelpunkt in der Höhe des dehnungsfähigen Chopartschen Gelenkes liegt, resultirt. Sekundär treten Veränderungen im Sprung- und Fersenbein auf. Die Funktion eines solchen Fusses ist nicht sonderlich gestört, nur das Abwickeln desselben vom Boden ist einigermassen beeinträchtigt.

Unter den Ursachen, welche zu einer Ausschaltung der Wadenmuskulatur führen, stehen die Verletzungen (Durchschneidung der Achillessehne, Abriss derselben vom Fersenbein u. s. w.) obenan. W. berichtet über mehrere derartige Fälle. In dem einen war die Durchschneidung bei paralytischem Spitzfuss zu therapeutischen Zwecken vorgenommen; eine Wiedervereinigung der Sehnenenden jedoch ausgeblieben. Auch nach Bruch des Unterschenkels im unteren Viertel, welcher unter Bildung einer Pseudarthrose mit 2 cm Verkürzung heilte, kam die Entstehung eines Hackenfusses zur Beobachtung.

Bei der Behandlung kommt die Beseitigung des ursächlichen Momentes, die Wiedervereinigung der durchschnittenen Achillessehne u. s. w. in Betracht, wenn man nicht bei der Geringfügigkeit der funktionellen Störungen auf einen Eingriff verzichten will.

Niehues-Berlin.

Isolirter Bruch des Dornfortsatzes des dritten Lendenwirbels durch Muskelzug.

Von Oberstabsarzt Dr. Schulte-Jüterbog.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift, Band 31, Heft 9.)

Ein Kanonier gerieth mit seinem Kameraden am frühen Morgen in Streit, im Verlaufe dessen es zu einem Ringen kam, wobei er zu Boden geworfen wurde. Ob er hierbei noch Fusstritte erhalten hat oder mit dem Rücken auf einen harten Gegenstand gefallen ist, konnte nicht festgestellt werden. Er versah, ohne irgendwie über Schmerzen zu klagen, seinen Dienst (Geschützexerziren und Reitunterricht), so dass nicht anzunehmen ist, dass bei dem Ringen eine ernsthafte Verletzung verursacht wurde. Am späten Nachmittage kam er beim Längsspringen über den Bock schlecht auf dem Erdboden an, so dass er sich rücklings überbiegen musste und einen heftigen Schmerz in der Lendengegend empfand.

Bei seiner nach zwei Tagen erfolgten Aufnahme in das Lazareth bestanden Kreuzschmerzen und hohes Fieber, welches sich während des ganzen Verlaufes auf gleicher Höhe hielt. Neben der Lendenwirbelsäule bildete sich nach einigen Tagen ein Abszess, bei dessen operativer Eröffnung der abgebrochene Dornfortsatz des dritten Lendenwirbels entfernt wurde. Der Kranke erlag am achtzehnten Krankheitstage einer allgemeinen Sepsis.

Verfasser macht für die Entstehung des Bruches die Einknickung der Wirbelsäule beim Bockspringen verantwortlich, auf welche auch der Kranke im Beginn seines Leidens die Schmerzen zurückführte und nimmt an, dass die Fraktur durch Muskelzug entstanden sei.

Niehues-Berlin.

Wirbelbruch bei einem Haemophilen mit tödtlicher Blutung in den hinteren Mittelfellraum.

Von Hugh Raven.

(The Brit. med. Journal, 19. April 1902.)

Ein 49 Jahre alter Fuhrmann war von seinem Wagen heruntergestürzt und hatte sich dabei anscheinend nur eine Wunde seiner Schädelhaut über dem einen Scheitelbein zugezogen. Die Blutung der Wunde war ausserordentlich schwer zu stillen. Der Verletzte gab an, dass er aus einer Bluterfamilie stamme. Einen Tag nach der Verletzung kam er wieder in Behandlung. Er klagte über Husten, Athemnoth, Blutspeien und über Druckgefühl und ein Gefühl der Engigkeit am Halse. Man konnte in der That eine starke Anschwellung des Halses wahrnehmen, welche von den Ohren bis zu dem Schlüsselbein reichte und welche bei genauer Be-

obachtung im Verlauf von wenigen Stunden beträchtlich zunahm, so dass die Haut über der Schwellung prall gespannt war. Auch die Rachenorgane zeigten ödematöse Anschwellungen. Das Gesicht war blass, der Puls ziemlich schwach. Ein hinzutretendes Glottisödem machte den Kehlkopfschnitt nothwendig. Die Besserung war nur vorübergehend, 2 Tage nach der Verletzung trat der Tod ein. Die Sektion ergab einen Querbruch des fünften Halswirbels ohne Verschiebung der Knochentheile und ohne Verletzung des Rückenmarks. Der Tod war durch Verbluten in Folge des Bruches eingetreten, und zwar hatte die Blutung sich in den hinteren Mediastinalraum ergossen. Franz Meyer-Berlin.

Psychiatrie und Neurologie.

Klinische Studie über Zwangsvorstellungen und Impulse.

Von Dr. Louise B. Robinowitsch-Paris.

(Journal of Mental Pathology 1901/2 No. 4/5.)

Mittheilung von 5 Fällen, die in einfache Zwangszustände, in solche komplizirt mit Melancholie und Alkoholismus und in solche mit Epilepsie eingetheilt werden.

Fall I. Zehnjähriger, geistig früh entwickelter, nervös belasteter Knabe (Zangengeburt). Reizbarkeit und Ehrgeiz auf der einen Seite, krankhafte (nicht sexuelle) Neigung zu Thieren, Gewaltthätigkeiten gegen Menschen, auch Angehörige. Ueberaus schwankender Gemüthszustand. Besserung bei Anstaltsbehandlung.

Fall II. 27 Jahre alter, neuropathisch-psychopathisch belasteter Mann. Eine Reihe wechselnder Zwangsvorstellungen: Gehstörung in Folge der Vorstellung, angenagelt zu sein, zwangsmässiges Ansehen eines unwichtigen Details bei Bildern bis zur Erschöpfung, starke Geschmacksempfindungen bei Speisen, Furcht vor Geräuschen besonders von Thüren, folie du doute, Sucht Gegenstände zu berühren und drücken etc. Beim Ankämpfen gegen die Vorstellungen Beklemmungsgefühl. Gesichtsassymetrie, melancholische Haltung, leise Stimme. Besserung bei energischer psychischer Behandlung.

Fall III. 29 Jahre alte Köchin. Vater und Grossvater mütterlicherseits Trinker. Seit dem 21. Jahr (nach Influenza) melancholischer Zustand. Dann Mord- und Selbstmordtrieb, Selbstmordversuch wegen des Mordtriebes. Häufiger Stellenwechsel deshalb. Dann Anstaltsbehandlung, dabei Sucht, Nadeln zu schlucken. Nach Entlassung bald alter Zustand. Später dazu noch: Zweifelsucht, Délir du toucher, Kleptomanie, Onomatomanie, Pyromanie, Sucht, auf Vorübergehende siedendes Wasser zu werfen etc. Beherrschung der Impulse nur möglich, wo sie eine Autorität über sich fühlte.

Fall IV. 29jähriger Mann, Barbier, Vater Potator und tyrannisch im Hause. Mutter an Phthise gestorben; während ihrer Krankheit machte sie zwei Suicidversuche. Grossvater väterlicherseits erhängte sich, ein Vatersbruder starb geisteskrank, eine Tante väterlicherseits melancholisch. Mit 15 Jahren machte Pat. einen melancholischen Zustand durch. Häufige Zwangsimpulse, sich mit dem Rasirmesser Schnitte beizubringen. Wiederholt Selbstmordversuche deswegen (mit dem Rasirmesser). Schliesslich Trunksucht und Säuferwahnsinn.

Fall V. 44jähriger Mann. Vater Alkoholiker, Mutter in einem hysterischen Anfall gestorben. Ein Onkel geisteskrank, ein verstorbener Bruder war Idiot. Patient ist Zwillingskind, der Zwillingsbruder ist gesund. Als Kind nervös, schlechter Schüler. Mit 9 Jahren Typhus. Dann epileptische Anfälle, die später häufiger wurden. Nach dem Tod seiner Frau 2 Suicidversuche, dann Absynthtrinker. Zwangshandlungen nahm bestimmte geringwerthige Gegenstände triebartig weg, biss Kinder in den Arm und Aehnliches), ferner abnorme Handlungen im postepileptischen Dämmerzustand. Später Delirium alcoholicum.

Bei der Behandlung muss nach Verf. zweierlei in Betracht kommen: man muss die Zwangszustände selbst und die eventl. daneben bestehenden Neurosen oder Psychosen behandeln. Sie hält Entfernung aus der Umgebung, Anstalts- und psychische Behandlung für nöthig. Dann bekommen die Kranken mehr Selbstvertrauen und Hoffnung für die Zukunft und sind den Wechselfällen des Lebens entzogen. Daneben sind Kräftigung, Massage, Hydrotherapie (Douchen, Bäder) und bei Erregungen Bettbehandlung zu empfehlen. Diese therapeutischen Massnahmen sind meiner Ansicht nach gewiss zu empfehlen, aber vor grossen Hoffnungen ist zu warnen, man kann sonst sehr enttäuscht werden. Es handelt sich um psychische Degenerationszustände, gegen die es nur ein, allerdings radikales Mittel giebt: man sollte Leute, die selbst neuropathisch sind oder aus solchen Familien stammen, nicht heirathen lassen. L. Mann-Ulm.

Klinische Studien über Zirkuläres Irrsein.

Von Dr. G. C. Ferrari.

(Journal of Mental Patology Juny 1901.)

Verfasser hat 1893/94 und 1898/99 in Reggio Emilia Untersuchungen von Temperatur und Blut bei periodisch Geisteskranken gemacht (spez. sog. zirkuläres Irrsein). Bei 7 Patienten (5 Frauen und 2 Männern) bekam er 1893 und 1898 analoge Resultate. Die Temperatur zeigte bei zirkulärem Irrsein typus inversus und zwar nur in dem mit dem normalen Befinden am meisten konstrastirenden Zustand, während sie in den Intervallen normal war. Bei einfachen periodischen Störungen wechselt die Temperatur den Typus nicht.

Das Blut verändert sich gleichfalls nach dem Typus der Inversion; bei Menschen mit heiterer Veranlagung nimmt die Zahl der Blutkörperchen während der Depression ab und ist während der Exaltation unverändert, bei Menschen mit normaler Veranlagung bleibt sie in der Depression unverändert und steigt während der Exaltation.

Verf. weist zum Schluss auf die Autoren hin, die bei den verschiedenen Formen von Geisteskrankheit dieselben Krankheitsbedingungen annehmen, deren Aeusserungen je nach der Individualität der Person wechseln. Mann-Ulm.

Beitrag zur Kenntniss des akuten Deliriums. Psychische Störung bei Skorbut. Hämorrhagische Encephalitis (Strümpell).

Von Dr. Benjamin Semidalow-Moskau.

(Journal of Mental Pathology. Febr. 1902).

Eine 55jährige Wittwe, deren Mutter an Geisteskrankheit starb, war in einem Militärlazareth im Kasanschen Departement als Krankenpflegerin beschäftigt, wo 1898 Skorbut herrschte. Als Offizierswittwe hatte sie dort ein in jeder Beziehung angemessenes Leben und konnte viel in frischer Luft sein. Lues oder Alkoholismus nicht vorhanden. Die letzten Monate war sie von den Skorbutkranken getrennt. Trotzdem zeigte sie am 1. Juli 1899 Zeichen von Skorbut (Fieber, Blutunterlaufungen am rechten und linken Knöchel), die am 13. Juli unter Zurückbleiben von Oedem der Füsse verschwunden waren. Seit 10. Juli Zeichen psychischer Störung: Grosse Reizbarkeit, abnorme Strenge gegen Untergebene, Drohungen gegen die Umgebung. Drei Tage nachher ausgesprochene Seelenstörung: Desorientirung (Personen, Ort, Zeit), sie konnte keine Auskunft über sich geben, Gesichts- und Gehörstäuschungen, unzusammenhängendes Sprechen, später Geruchstäuschungen. Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, Harnverhaltung, Verstopfung,

Schlaflosigkeit. Im weiteren Verlauf Konvulsionen im Gesicht und am linken Arm und erhöhte aktive Muskelthätigkeit, Wortneubildungen rhythmischer Natur. Körperlich: Anämie, schwammiges Zahnfleisch, Zähne fest in ihren Höhlen. Im Mund Blut, starker Speichelfluss und Skorbutgeruch. Pupillen, Kniereflexe, innere Organe ohne Aenderung. Temperatur 37,8, Puls rasch, klein, Herztöne schwach. An den Knieen Blutextravasate. Später: Ideenflucht, Nichtreagiren auf Fragen, rhythmische Bewegungen der Arme, die aufhörten, solange man die Hand hielt, dann aber gleich wieder begannen. Geschlossenhalten der Augen (ob Ptosis, ist nicht angegeben Ref.), Schluckbeschwerden, Artikulationsstörung. Am 21. Juli zeigten sich unter Temperatursteigerung zahlreiche hämorrhagische Flecken an Brust und Händen von etwa 10 Centimesstückgrösse bei Fortdauer der übrigen Erscheinungen. In den folgenden Tagen: Gesteigerte allgemeine Unruhe, ebenso des Zitterns im Gesicht und der Muskulatur und der Konvulsionen. Neigung des Körpers nach rechts, ebenso Augenstellung, Körpergewichtsabnahme 22 kg. Vom 26. Juli bis 3. August Abnahme der motorischen Unruhe, dagegen intensiver Kopfschmerz und paretischer Gang bei bestehender Verwirrtheit mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Vom 25. August an allgemeine Besserung mit ausgesprochener Gedächtnissstörung, die sich unter Beibehaltung weniger Wahnvorstellungen besserte. Im September völlige Besserung, auch der Gehstörung.

Diagnostisch kann der Fall nicht der Amentia zugerechnet werden, Alles weist auf entzündliche Erkrankung der Hirnrinde hin, andererseits wieder Herdsymptome. Verf. nimmt eine Uebergangsform zwischen Encephalitis mit akutem Delirium und Encephalitis vom Typus Strümpell an. Auf die Aehnlichkeit des Falls mit dem Typus Wernicke wird nicht hingewiesen. Aetiologisch wird sicher mit Recht ein Zusammenhang mit der Skorbutinfektion angenommen.

Mit dem wiederholt zitirten Oppenheimer ist wohl Oppenheim gemeint. L. Mann-Ulm.

Ueber Schultermessung bei normalen Personen und über den diagnostischen Werth derselben bei Lähmungen resp. Neurosen der Schulter.

Von J. Caspari, A. van der Minne und H. Zeehuisen-Utrecht.

(Centr.-Bl. f. inn. Med. 1902. No. 21, 22 u. 30.)

Die Verfasser fördern das früher von Braune und Fischer, Mollier, Steinhausen u. A. begonnene Studium des Mechanismus der Schulterbewegungen, indem sie auf Grund der Mollierschen Messungen weiter arbeiten.

I. An den Schultern von 25 jungen Männern bezeichneten sie 5 feste Punkte nach Mollier:

1. O P: Schulter-Schlüsselbein-Gelenk.
2. M P: Uebergang der Schultergräte in den medialen Rand des Schulterblatts.
3. U P: Innerer Schulterblattwinkel.
4. S Pr: Mitte des oberen Randes des Brustbein-Handgriffs.
5. Sp P: an der Dornenlinie der Wirbelsäule in derselben Höhe wie S Pr.

Die Lage dieser Punkte zur Frontal-, Horizontal- und Sagittalebene und zu einander, wurde mit Wasserwaage, Bandmass und Tasterzirkel festgestellt bei Ruhestellung, sagittal-horizontaler und frontal-horizontaler Armstellung und bei höchster Armhebung. Aus den erhaltenen Massen wurden die verschiedenen Winkelgrössen der Exkursionen berechnet. Auf die unentbehrlichen graphischen Darstellungen und stereometrischen Zeichnungen und Berechnungen vermag das Referat nur zu verweisen.

Bei der Schulterblattbewegung ergab sich:

1. bezügl. der Drehung, dass der Winkel (α), welchen der mediale Schulterblattrand mit der Wirbelsäule bildet, von 4° 54') (Ruhestellung) bis zu 57° 24' (Vertikalstellung) schwankt. In vielen Fällen erfolgt bei beginnender Abhebung des Armes erst eine leichte medialwärts gerichtete Drehung des hinteren Randes. Lateralwärts nimmt sie erst ihren Anfang bei 39° Frontalerhebung, ist bei 60° noch gering, erreicht bei 90° fast $^1/_2$ des grössten Betrages, erst etwas vor der senkrechten Armhebung den höchsten Grad.

2. bezügl. der Verschiebung auf dem Brustkorb, dass der Schwerpunkt der drei Schulterblattpunkte bei sagittal-horizontaler Armstellung die grösste Horizontalentfernung von der Wirbelsäule und die geringste Vertikalentfernung von der Bodenfläche, bei frontal-horizontaler Armstellung die geringste Horizontalentfernung von der Wirbelsäule, in Ruhestellung die grösste Vertikalentfernung von der Bodenfläche hat. Der Schwerpunkt geht also aus der Ruhestellung am wenigsten nach unten bei der frontalen, mehr bei der vertikalen, noch etwas mehr bei der sagittalen Armstellung.

Die Bewegungen des Schlüsselbeins zeigten Folgendes: die grösste Hebung des akromialen Gelenks (oberen Punktes) findet sich bei der frontal-horizontalen Armstellung; sie wird wieder etwas geringer bei maximaler Armhebung. Nach hinten wird der obere Punkt am meisten verlagert bei vertikaler Armhebung, welche eben durch möglichste Rückwärtsbewegung dieses Hemmnisses erst ermöglicht wird. Die äusserste Drehung des Schlüsselbeins im Brustbein-Gelenk beträgt normal 22—25°, unter pathologischen Verhältnissen mitunter sehr viel mehr.

Die vertikale Erhebung des Armes bis zu 180° ist allein durch die seitliche Verschiebung und maximale Drehung des Schulterblatts möglich, ohne Mitwirkung der Wirbelsäule. Letztere tritt erst ein, wenn eine Behinderung des Armes irgendwie vorliegt. Das sternale Gelenk wird vorwiegend für frontale, das akromiale für sagittale Bewegungen benutzt.

II. Diese Feststellung der normalen Schultermasse wird nun an drei Fällen von Schulterlähmung geprüft.

Fall 1. Durch Neuritis nach Schulterluxation entstandene linksseitige Serratus-Trapezius-Lähmung mit Neurose des Schultergürtels. Arm nicht zur Vertikalen zu erheben, in der Frontalen nur mit Biegung der Wirbelsäule; Schulterblatt vom Rumpf abstehend; Sensibilität des linken Schultergürtels, aber auch der linken Seite des Bauches, des Halses und des linken Armes herabgesetzt.

Auffallend war der negative Werth des Winkels α selbst bei frontal-horizontaler Armstellung. Und der Winkel α blieb negativ auch bei sagittal-horizontaler Armstellung; hier war der obere Punkt sogar nach vorn gerückt. Dagegen war die Hebung des oberen Punktes an der kranken Seite viel zu gross (Exkursion der Clavicula im Sternalgelenk 66°, statt normal 22—25°). Die Verschiebung des Schwerpunktes der drei Schulterpunkte geschah im entgegengesetzten Sinne der Norm: seine Lage war in Ruhestellung zu niedrig, bei Horizontalhebung zu hoch, bei höchster Erhebung zu nahe der Wirbelsäule. Geringe Abweichungen zeigte auch der rechte Arm, aber innerhalb der Grenzen zur Norm.

Fall 2, ähnlich dem vorigen: partielle Serratuslähmung und Neurose des Schultergürtels. Erst nach der frontal-horizontalen Armstellung nahmen die Bewegungen des Schulterblattes ihren Anfang, erreichten dann aber noch einen sehr hohen Grad. Bei frontal-horizontaler und vertikaler Erhebung war die horizontale Entfernung von der Wirbelsäule zu gering. Der obere Punkt stieg erheblich bei frontal-horizontaler (8 cm), noch mehr bei vertikaler Erhebung (10 cm). Die Exkursion des sternalen Gelenkes betrug 59° 26' und ermöglichte ausserordentlich starke Bewegung des oberen Punktes nach hinten.

Fall 3: Juvenile rechtsseitige Muskelatrophie des Armes und der Schulter, am unteren Trapezius und am Serratus verschlimmert durch Neuritis nach Typhus, mit leichten Sensibilitäts-

störungen der Körperhälften. Winkel α war viel grösser als an der gesunden Seite und eine Steigerung bei maximaler Armhebung sehr unbedeutend. Die Schwerpunktsbewegung war besonders hoch bei vertikaler Armhebung, Beweis für die Schwäche der Rückenmuskeln gegen die normal gebliebenen Heber des Schulterblattes.

Die Verf. rühmen die Schultermessung als ein Hilfsmittel besonders zur Differentialdiagnose zwischen partieller und totaler Lähmung des oberen Serratus, schätzbar an solchen Fällen, wo, wie in ihren drei, dieser Muskel der elektrischen Untersuchung nicht zugänglich ist.

In III. wird die nach Molliers Massen nicht mögliche Feststellung der Raumexkursionen des akromialen Punktes durchgeführt, welche bestehen aus der im Ganzen geschehenden Versetzung nach oben hinten und innen und aus der eigentlichen Exkursion des acromio-clavicularen Gelenks. Die Letztere ist ziemlich gering: sie beträgt für die sagittale Armhebung nur etwas über 6°, für die frontale 4—5°. Wenn dazu die 22—25° Exkursion des sternalen Gelenks hinzugezählt werden, so ergiebt das für die Gesammtleistung der beiden Hilfsgelenke des Schultergürtels etwa 30 bis 35°. Da thatsächlich aber die Drehungsgrösse des Schulterblattes $52^1/_2$° beträgt, so muss diese erreicht werden durch einen dritten Faktor: die Verschiebung des akromialen Punktes im Ganzen. Eine Tabelle stellt die zugehörigen an 2 Männern vorgenommen Messungen zusammen.

Es folgen Erörterung und Masse eines neuen pathologischen Falles und von zwei der früheren. In keinem wichen die Exkursionen des akromialen Gelenks von der Norm ab.

Die eigentliche Gelenksexkursion desselben hat für den Zweck der Armhebung und der Schulterblattdrehung nur eine untergeordnete Bedeutung.

In IV wird an der Hand graphischer Darstellung und mittelst Berechnung die Richtung der Schulterblattebene festgestellt. Sie ist bei frontaler Armstellung genau vertikal; bei Ruhe- und Sagittalstellung neigt sie nach oben, bei Vertikalstellung nach unten hinüber; sie steht ferner bei Ruhe- wie Frontalstellung des Armes der Frontalebene etwas näher, bei Sagittalstellung der Sagittalebene. Um für den Praktiker die umständliche Rechnung entbehrlich zu machen, wird die Konstruktion eines die direkte Messung ermöglichenden Apparates in Aussicht gestellt.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die Sitzungen der Sektion Gerichtliche Medizin auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 1902.

Von Kreisarzt Dr. E. Schäffer-Bingen.

(Schluss).

II. Sitzungstag. 23. September 1902.

Ehrenvorsitzender: Prof. Dr. Kratter-Graz. — Vorsitzender: Prof. Dr. Bayer-Prag.

1. Kreisarzt Dr. Schäffer-Bingen: Zur pathologischen Anatomie der posttraumatischen Rückenmarkserkrankungen.

Im Gegensatz zu den in unmittelbarem Anschluss an ein lokales Trauma entstehenden traumatischen Rückenmarksaffektionen (Haemotomyelie etc.) bezeichnet man als posttraumatische Rückenmarkserkrankungen solche, bei welchen unmittelbar nach dem Trauma keine oder nur geringe Erscheinungen seitens des R. M. vorliegen und erst nach einem mehr oder weniger langen freien Intervall schwere Spinalsymptome auftreten oder auch solche, in welchen die unmittelbaren Symptome sich wieder in kurzer Zeit bessern, um nach einiger Zeit in gesteigertem Mass wieder zum Vorschein zu kommen. In der Regel handelt es sich um die Einwirkung erschütternder Gewalten, welche entweder die Wirbelsäule allein oder den ganzen Körper betreffen: als anatomische Diagnosen finden sich in den von Lohrisch-Nauwerk aus der Literatur zusammengestellten 11 Fällen Strangdegenerationen, multiple fleckweise Degenerationen, Sklerosen, Höhlenbildung, Gliose. Diese pathologischen Befunde stellen Spätstadien der primären traumatischen Nekrose oder Nekrobiose im Sinn von Obersteiner-Schmaus dar.

Vortragender hat einen $4^1/_2$ Monate nach dem Unfall letal endenden Fall genauer anatomisch untersucht.

22 jähr., bis dahin gesunder Mann, wurde bei einem Raufhandel zu Boden geworfen, durch Fusstritte maltraitirt. Kurze Bewusstlosigkeit. In den ersten Tagen keine Beschwerden. Am vierten Tag ziehende Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die bei dem völlig negativen Untersuchungsbefund vom behandelnden Arzt als Rheumatismus gedeutet worden. Am zehnten Tag Urinbeschwerden, Katheterismus, Schwäche in den Beinen; ging trotzdem noch am vierzehnten Tag nach der Verletzung unter Benutzung eines Stockes nach einem 20 Minuten entfernten Ort zur Kirchweih. Am folgenden Tag bettlägerig. Stetige Zunahme der Lähmungserscheinungen an den Beinen, komplete Blasen-Mastdarmlähmung, beginnender Decubitus. Bei der Aufnahme in das Kreiskrankenhaus Alzey konstatirte Direktor Dr. Weyprecht ferner Verlust der elektrischen Erregbarkeit an den unteren Extremitäten, Verlust der Sehnenreflexe, totale Unempfindlichkeit vom zehnten Brustwirbel nach abwärts, an der Wirbelsäule keine Veränderung, durch Lumbalpunktion wurden ganz erhebliche Mengen von Liquor spin. entleert, wasserhell, wenig Eiweiss, hoher Druck, noch mehrere Tage Nachsickern aus der Punktionsstelle; keine Aenderung im Befund nach der Punktion. Tod $4^1/_2$ Monate nach der Misshandlung an jauchiger Pyeolocystitis. Gerichtliche Sektion: Wirbelsäule vollständig unversehrt, es fehlen vollständig irgend welche Veränderungen an den Wirbelkörpern bezw. an den Bandscheiben, die innere Auskleidung der Wirbelsäule ist nirgends verdickt, eben so wenig bestehen dorsal oder ventral irgend welche Verwachsungen.

Härtung des R. M. in Formol-Müller, Färbung nach Weigert, Pal, Gieson, Marchi, Kaplan u. A.

Demonstration der mikroskopischen Präparate (3. Sakral-, 5., 4., 2. Lumbal-, 9. 6. 4. und 1. Dorsalsegment, 3. Cervicalsegment):

Erweichungshöhle im Sakralmark, unteres Lendenmark normal konfigurirt, im mittleren Lendenmark beginnende Erweichung, die im oberen Lendenmark wieder den ganzen Querschnitt einnimmt, mehrfache spaltförmige Erweichungsherde über das ganze Dorsalmark vertheilt, im unteren Dorsalmark mit totaler Querschnittszerstörung, primäre, systemlose, fleckigstreifige Degenerationen und Nekroseherde am Rand, in den Vorderseitensträngen, ferner im oberen Dorsalmark, Oedemspalten, sekundäre Gliose im ventralen Hinterstrangsfeld, sekundäre Degeneration der Goll'schen Stränge im Cervicalmark, keine Spuren weder frischer noch älterer Blutungen.

Die Degenerationsherde sind reine ischämische Erweichungen, auch die sekundäre Gliose lässt nirgends, weder an den Rand noch an den zentralen Partieen auch nur Spuren einer stattgehabten Blutung erkennen.

Nach dem Ergebniss der anatomischen Untersuchung müssen bei der Erklärung des Falles ausgeschlossen werden, was Vortragender eingehend begründet:

1. Blutung im Rückenmark.
2. Quetschung in Folge Wirbeldistorsion.

3. Wurzelläsion.

Per exclusionem bleibt nur Erweichung in Folge direkter traumatischer Nekrose (Schmaus) durch die Erschütterung übrig. Vortragender bespricht den derzeitigen Stand der Lehre von der commotio spinalis u. A. mit Hinweis auf die Arbeiten von Schmaus, Kirchgässer, Obersteiner und die von Bruns, Westphal, Bickeles, Strümpell und Erb beschriebenen Fälle. Gussenbauer nimmt Fortleitung der Erschütterung durch die Cerebrospinalflüssigkeit an, auch nach Schmaus spielt der liquor spinalis eine erhebliche Rolle. Vortr. hat in Präparaten aus dem 5. Lumbalsegment einen Erweichungsspalt nachgewiesen, welcher bis unmittelbar an den obliterirten, von zahlreichen Nestern versprengter Ependymzellen umgebenen Zentralkanal heranreicht, so dass für seinen Fall die Annahme einer Zerreissung des Zentralkanals genügend gestützt ist.

In den leichteren Fällen von commotio spinalis erholen sich die Nervenelemente von den Erschütterungseffekten wieder, in schwereren Fällen kommt es zu multiplen, umfangreicheren Nekroseherden und deren Endstadien. Die sekundäre Gliose ist ein rein reparatorischer Vorgang („Raum ausfüllende Thätigkeit der Glia" nach Weigert).

Indem Vortragender zum Schluss unter Hinweis auf die Edingersche Ersatztheorie noch die Möglichkeit ins Auge fasst, dass auch das unzweckmässige Verhalten derartiger Kranker, die in dem freien Intervall den Ernst des Zustandes verkennen, in der ersten Zeit nach der Verletzung an der weiteren Ausbildung des Prozesses Schuld tragen kann, ohne natürlich hiermit behaupten zu wollen, dass in dem von ihm mitgetheilten Fall der Verlauf günstiger geworden, wenn der Mann Körperbewegungen, Spazierengehen etc. gemieden hätte, betont er die grosse praktische Wichtigkeit derartiger Fälle, bei deren Begutachtung man sich nicht durch das anscheinend freie Intervall in der ersten Zeit nach der Verletzung an der Annahme eines Kausalzusammenhanges irre machen lassen darf.

2. Dr. **Pregel**-Graz: Demonstration zweier Apparate zur Extraktion von Alkaloiden aus wässerigen Lösungen und zwar für spezifisch leichte (Aether) und spezifisch schwere Extraktionsmittel (Chloroform).

Prof. Kratter-Graz, der in seinem Laboratorium schon seit längerer Zeit mit diesen Apparaten arbeitet, bestätigt deren grosse Leistungsfähigkeit und empfiehlt deren Benutzung bei bezüglichen forensisch chemischen Untersuchungen. (Zu beziehen durch die Firma Eger-Graz.)

3. Dr. **Holzknecht**-Wien: Die forensische Beurtheilung der Schädigungen durch Röntgenstrahlen.

Vortragender erläutert an Fällen aus der französischen Literatur die herrschende Unsicherheit in der Beurtheilung der Röntgenverbrennungen. Hinsichtlich der Sachverständigen macht sich eine grosse Misère geltend, insofern nicht blos Aerzte als Sachverständige fungiren, die überhaupt nie sich praktisch mit Röntgenaufnahmen beschäftigt haben, sondern auch unter den Fachleuten selbst noch divergirende Meinungen bestehen, indem die einen der Ansicht sind, dass die Röntgenstrahlen selbst derartige Läsionen bedingen, während nach der Auffassung der anderen die Röntgenstrahlen an sich keine deletäre Wirkung auf die Haut ausüben und eventuelle Schädigungen lediglich durch unglückliche Zufälle, elektrische Entladungen etc. zu erklären sind. Nach den Untersuchungen von Kienböck verhalten sich die verschiedenen Menschen gegen die Röntgenstrahlen in der Hauptsache vollständig gleich, kleinere Schwankungen mögen immerhin möglich sein, aber doch nur so unbedeutend, dass sie forensisch nicht in Betracht kommen. Im weiteren Verlauf seiner Ausführungen giebt Vortragender einen Ueberblick über die Röntgenveränderungen in der Haut. Nur an der Oberfläche der Haut wird in grossen Mengen absorbirt. Es kann zu einer chemischen Schädigung der Zellen kommen (Scholz-Königsberg), die protoplasmareichen Zellen degeneriren, und zwar steigt die Degeneration vom Moment der Bestrahlung an. Die entzündliche Röthung in der Umgebung ist eine reaktive Erscheinung auf diese Zelldegeneration. Bis diese Reaktion äusserlich wahrnehmbar wird, verstreicht eine auffallend lange Latenz, während welcher die Zelldegeneration immer weiter um sich greift. Möglicher Weise sind bei dem Zustande der reaktiven Röthung auch toxische Zerfallsprodukte im Spiel. Die Intensität der Röntgenschädigungen schwankt von den leichtesten Graden, leicht blassrothe Färbung der Haut bis zu tief blaurother Schwellung, brandiger Zerstörung des Unterhautzellgewebes; es kommen Uebergänge vor, ähnlich wie bei der Verbrennung. Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen giebt es nach Ansicht von Holzknecht nicht. Es handelt sich in solchen Fällen stets um Ueberdosirungen. Idiosynkrasie ist mehr ein Schutz, den sich die Aerzte gesucht haben, als eine begründete Behauptung. Holzknecht beschreibt einen von ihm konstruirten Apparat (Chromoradiometer), der zahlenmässige Angaben über die einzelnen Dosen ermöglichen soll, er hofft, dass man auf diese Weise die nöthigen Unterlagen zur Aufstellung einer Maximaldose gewinnen kann. Demonstrirt wurde der Apparat leider nicht.

Liniger-Bonn führt eine Reihe von Fällen aus seiner Beobachtung an, welche für ihn die Annahme einer Idiosynkrasie bestätigen.

Ger.-Referendar Dr. Friedländer-Stolp leitet aus den Worten von Holzknecht als praktische Konsequenz für den Richter die Nothwendigkeit ab, jede Röntgenverbrennung als Fahrlässigkeit zu betrachten, nachdem von Holzknecht Idiosynkrasie in Abrede gestellt werde und andererseits bei Benutzung des Chromoradiometers Röntgenverbrennungen vermieden werden können.

Holzknecht will geringe Schädigungen doch nicht immer als fahrlässig entstanden aufgefasst wissen, Verbrennungen 1. Grades sind „erlaubt", nur jene Schädigungen, welche mit Narbenbildung ausheilen, müssen auf Fahrlässigkeit zurückgeführt werden. Liniger-Bonn gegenüber bemerkt Holzknecht, dass auch bei vollkommen gleichen Bedingungen (Entfernung, Aussehen der Röhre, Ampèrezahl) noch nicht immer die gleichen Mengen Röntgenlicht eingewirkt haben müssen, die Mengen ändern sich innerhalb weniger Minuten, hinsichtlich der Lichtmengen ändern sie sich besonders stark.

Liniger-Bonn hat nicht die Ueberzeugung aus dem Vortrag von Holzknecht gewinnen können, dass Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen nicht vorkomme.

Schäffer-Bingen hat bei einem Unfallverletzten (subkutaner Bizepsriss mit Ulnarisneuritis) schon nach 2 Minuten dauernder Bestrahlung eine ausgedehnte Verbrennung an dem betreffenden Oberarm entstehen sehen. Unmittelbar vor und nachher wurde je eine Aufnahme bei 2 anderen Personen gemacht ohne jede Störung, bei erheblich längerer Expositionszeit. Ehe man bestimmte Grundsätze aufstellt, nach denen die Röntgenschädigungen forensisch zu beurtheilen sind, ist nach Ansicht des Berichterstatters erst das bis jetzt vorliegende Material zu sammeln. Eingehende Mittheilung aller Fälle von Röntgenschädigungen ist nothwendig; wie Berichterstatter hat wohl auch die grosse Mehrzahl der in der Versammlung Anwesenden den Eindruck bekommen, dass die Frage der forensischen Beurtheilung der Röntgenschädigungen noch nach verschiedener Richtung hin weiterer und eingehender Klärung bedarf.

4. Dr. **Beckert**-Prag demonstrirt instruktive Präparate aus der Sammlung des forensischen Instituts in Prag (Prof.

Dittrich): Tödtliche Schussverletzungen (Flobert) des Schädels, penetrirende Brustschüsse (Körper des Brustbeins, Herz, grosse Gefässe), sowie unter Hinweis auf die Arbeit von Kramer-Bonn einen spitzkugelförmigen Meconiumpfropf des Neugeborenen.

Nach Erledigung der Tagesordnung wird die Versammlung von dem Vorsitzenden, Prof. Dr. Bayer-Prag, geschlossen.

Protokoll der Jahres-Versammlung des Vereins der Bahnärzte des Direktionsbezirkes Halle a. S.

am Sonnabend, den 5. Juli 1902, nachmittags 3 Uhr zu Berlin, Zoologischer Garten.

Anwesend, als Vertreter der Direktion Herr Regierungsassessor Ruge, ferner die Herren Boehr-Lübben, Bosch-Brena, Böttger-Halle, Clemens-Halle, Fischer-Taucha, Guth-Lübbenau, Herzfeld I-Berlin, Herzfeld II-Halle, Hossenfelder-Kottbus, Köhler-Leipzig, Kohl-Leipzig, Jänichen-Mühlberg, Klomp-Senftenberg, Pescheck-Pegau, Porth-Knautkleeberg, Schirokauer-Kottbus, Schulze-Elsterwerda, Waldau-Ruhland, Zeitz-Jessnitz, als Gast Herr Professor Thiem-Kottbus.

Der Vorsitzende Herzfeld-Berlin eröffnet um $3^1/_4$ Uhr die Sitzung mit einer begrüssenden Ansprache. Da die Stelle eines zweiten Schriftführers durch den Austritt des Kollegen Kröger vakant geworden, ist das Amt eines zweiten Schriftführers statutengemäss durch Herrn Dr. Pescheck besetzt, die Wahl wird genehmigt. Es folgt der Kassenbericht; es befinden sich in der Kasse 723,06 M., der Kassenzustand wird geprüft und dem Kassirer Decharge ertheilt. Der Verein besteht nach Aufnahme von den Herren Jung-Berlin, Bosch-Brena, Ramdohr-Lübben, Kindler-Ritschau, Schreber-Wittenberg, Rocko-Halle, Glatschke-Falkenberg, Jakobi-Wendisch-Buchholz, Liebe-Rosslau, Schichhold-Spremberg, Kuliga-Weissenfels, Graff-Frankfurt, und nach Austritt des Kollegen Müller in Elster und Schädler-Berlin, Kröger-Brehna aus 85 Mitgliedern.

Am 17. September findet in München die V. Versammlung der deutschen Bahnärzte statt. Es wird beschlossen, ausser den von der Direktion bewilligten Freifahrtsscheinen drei Beiträge in Höhe von 75 M. zu bewilligen, mit folgender Massgabe: dass ein Vorstandsmitglied und zwei durch das Loos zu bestimmende Herren, welche gewillt sind, die Versammlung zu besuchen, von der bewilligten Summe Gebrauch machen. Punkt 2 der Tagesordnung: Berathung über das Einheitsformular, rief eine längere Debatte hervor; von einer Seite wurde die Nothwendigkeit der Einführung eines Einheitsformulars überhaupt verneint, doch wurde durch Majoritätsbeschluss die Nützlichkeit der Einführung anerkannt. In der speziellen Debatte wurden folgende Aenderungen beschlossen: Bei Punkt 4 sollen die Fragen nach den lebenden Geschwistern fortfallen, Punkt 5 soll ganz fortfallen. Punkt 6 soll der zweite Absatz insbesondere bis Ohrenleiden fortfallen. Punkt 8 soll fortfallen. Punkt 9 soll hinzugesetzt werden, entstellende Hautleiden. Punkt 12 und 13 sollen vereinigt werden und soll die Frage lauten: Sind Herz und Lunge gesund, Brustumfang etc.? Punkt 16 wird hinzugesetzt, wird ein passendes Bruchband getragen? Nachdem diese Veränderungen durch Mehrheitsbeschluss angenommen, wird das ganze Einheitsformular genehmigt.

Darauf hält Herr Professor Thiem-Kottbus seinen Vortrag über Kontusionen und Distorsionen der Gelenke. (Der Vortrag ist abgedruckt in No. 23 der Sachverständigen-Ztg.)

Nachdem der Vortragende noch einzelne an ihn gestellte Fragen beantwortete und der Vorsitzende ihm den Dank des Vereins für seinen lehrreichen und interessanten Vortrag ausgesprochen, giebt der Vorsitzende den Vorsitz an Dr. Köhler ab und nimmt das Wort zu Punkt 3: Alkoholfrage. Derselbe führt Folgendes aus:

Meine Herren!

Herr Eisenbahndirektor de Terra in Guben hat Ihnen wohl Allen einen Prospekt zugeschickt, in welchem er zur Gründung eines Vereins abstinenter Eisenbahner auffordert. Der Vorstand hat in seiner Sitzung beschlossen, den Gegenstand auf die heutige Tagesordnung zu setzen, und gestatten Sie mir, einige einleitende Worte zu diesem Thema zu sprechen. Meine Herren, wir sind wohl Alle darin einig, dass dem Alkoholmissbrauch mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln gesteuert werden muss, aber wie bei allen Sachen die Uebertreibung die grösste Feindin guter Bestrebungen ist, so muss man auch hier sagen, dass die in weiten Kreisen eingeleiteten Abstinenzbestrebungen weit über das gesteckte Ziel hinausschiessen. Ueber den Werth und Unwerth des Alkohols zu sprechen, lohnt sich wohl kaum der Mühe, jedoch müssen wir daran festhalten, dass der Alkohol unter Umständen die Herzthätigkeit anregt, die Kraft belebt und durch diese seine Wirkung den Körper momentan zu einer erhöhten Leistungsfähigheit befähigt. Justus v. Liebig sagt ganz richtig: „Der Branntwein, durch seine Wirkung auf die Nerven, gestattet dem Arbeiter, die fehlende Kraft auf Kosten seines Körpers zu ergänzen, diejenige Kraftmenge heute zu verwenden, welche naturgemäss erst den Tag darauf zur Verwendung hätte kommen dürfen. Es ist ein Wechsel, ausgestellt auf die Gesundheit, welcher immer prolongirt werden muss, weil er aus Mangel an Mitteln nicht eingelöst werden kann, der Arbeiter verzehrt das Kapital anstatt der Zinsen, daher dann der unvermeidliche Bankerott seines Körpers." Meine Herren, so wahr diese Worte auch sind, so wahr kommt es doch im sozialen Leben vor, dass missliche Verhältnisse, auch ohne Zuthun der Menschen, sie in die Lage bringen können, Schulden zu machen. Und so auch mit der Alkoholfrage: Wenn wir uns die Thätigkeit unserer Eisenbahner näher betrachten, so läuft dieselbe in der Hauptsache auf die Ausnützung der physischen Kräfte aus, und es können sehr leicht Verhältnisse eintreten, in denen diese physische Kraft während des Dienstes versagt, ein augenblicklicher Ersatz unmöglich und der Bedienteste sich bestreben muss, selbst unter Aufopferung seiner Gesundheit den Dienst weiter fortzusetzen. Wer wollte es in solchen Fällen dem Dienstthuenden verargen, wenn er zur Belebung der versagenden Kraft dem Alkoholgenuss sich hingiebt. Nun verlangt hier de Terra, dass die Eisenbahner sich ehrenwörtlich verpflichten sollen, jedem Alkoholgenuss, sei es in Form von Schnaps, Wein oder Bier, zu entsagen. Meine Herren, scheint es mir schon etwas viel verlangt, den Eisenbahnbedientesten den hohen Begriff des Ehrenwortes so klar zu machen, dass dieselben den Werth eines solchen begreifen, so liegt doch in der Einführung dieser Verpflichtung noch eine andere grosse moralische Gefahr; es wird nicht ausbleiben, dass Dieser oder Jener unter den oben angeführten Verhältnissen dennoch mal ein Alkohol enthaltendes Getränk zu sich nimmt, und dann ist dem Denunziantenthum Thür und Thor geöffnet. Geradezu zum Heuchlerthum werden aber die Eisenbahner erzogen, wenn es im § 4 der Satzungen heisst, dass Ausnahmen nur statthaft sind auf Grund konfessioneller oder ärztlicher Vorschrift auf kürzere Zeit. Meine Herren, will der Eisenbahner seine eingegangenen Verpflichtungen umgehen, so wird er stets uns Bahnärzte als Deckung für sein Vergehen gebrauchen, und schon dieserhalb dürfen wir nicht die Bestrebung auf Einführung der Abstinenz zu der unserigen machen. Meine Herren, es wäre noch Vieles für und wider den neuen Verein zu sagen, ich beschränke mich

auf die angeführten Gründe, und möchte mir erlauben, Ihnen folgende Grundsätze zur Annahme zu empfehlen: „Die Bahnärzte fühlen sich verpflichtet, dem Alkohol-Missbrauch mit allen ihnen zu Gebote stehenden Kräften zu steuern, können aber in der absoluten Abstinenz des Alkohol nicht dasjenige Heilmittel gegen die Trunksucht erkennen, zu welchem es die krassen Abstinenzler erheben wollen.

* * *

Der Verein stimmt den Ausführungen zu und giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass es nicht Sache der Bahnärzte, sondern der einzelnen Eisenbahn-Direktion sei, ihr Augenmerk auf den Alkoholgenuss der Beamten zu richten.

* * *

Zu Nr. 5 der Tagesordnung führt der Vorsitzende Folgendes aus:

Vor zwei Jahren, gelegentlich der Diskussion über die Tuberkulose-Frage, hatte ich den Gedanken angeregt, in welcher Weise wohl die Sicherstellung der Frühdiagnose der Tuberkulose bei den Eisenbahn-Bediensteten erreicht werden könnte. Sie gaben mir damals den ehrenvollen Auftrag, diese Frage in einem Referat näher zu erörtern, und erlaube ich mir, Ihnen meine Anschauungen über diese Angelegenheiten zu unterbreiten.

Ueber die Wichtigkeit der Frühdiagnose hier nähere Ausführungen zu machen, darf ich wohl unterlassen, da dieselben Ihnen ja hinreichend bekannt. Nur das Eine möchte ich hervorheben, dass mit der Stellung der Frühdiagnose die Daseinsberechtigung der Lungenheilstätte steht und fällt. Wenn wir in Betracht ziehen, dass die Lungen-Heilstätte nicht auf Grund der den Krankenhäusern zur Basis dienenden Prinzipien aufgebaut ist, sondern zu dem Zwecke geschaffen, den einzelnen sozialen Einrichtungen, den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Invaliden-Renten-Versicherungen, dadurch Ersparnisse zu schaffen, dass die eben noch erwerbsfähig herzustellenden Fälle ihnen überwiesen werden, so ist es klar, dass die Resultate der Lungen-Heilstätte um so bedeutender sein werden, je früher, bezw. je intakter ein an der Lunge Erkrankter in die Anstalt hineingeschickt wird. Dieses Bestreben werden wir auch bei der Beschickung der von dem Königlichen Eisenbahn-Ministerium zu errichtenden Lungen-Heilstätten einhalten müssen, und so wird es, da uns das Wohl der Eisenbahn-Bediensteten anvertraut ist, unsere Aufgabe sein, diese Frühdiagnose rechtzeitig zu ermitteln. Wie schwer es selbst dem praktischen Arzte, dem Hausarzte, fällt, bei leichten Katarrhen selbst in der besseren Praxis Massnahmen der Therapie durchzusetzen, ist Ihnen bekannt. Und so dürfen wir uns nicht wundern, wenn die uns anvertrauten Eisenbahnbediensteten leichtere Fälle von Katarrhen und Lungen-Erkrankungen zu verheimlichen suchen, bezw. mit Nichtachtung so lange behandeln, bis schwerere Krankheitserscheinungen sie zum Aufsuchen der Arztes nöthigen. Wir sehen also, dass hier ein Konflikt zwischen Aufgabe des sorgenden Arztes und der Lebensauffassung der Erkrankenden besteht. Diesen Gegensatz zu überbrücken, müssen wir auf alle Weise versuchen. Welche Wege dazu stehen uns offen? Wir sehen, die Bestrebungen, durch Aufklärung, Belehrung, Vorträge populär-wissenschaftlichen Inhalts, die vor Krankenkassen-Mitgliedern und dem grossen Publikum gehalten werden, sind heute noch von wenig Erfolg gekrönt. Wir haben in dieser Beziehung mehrere populär-wissenschaftliche Schriften, ich erinnere an die preisgekrönte von Dr. Knopf, ich erinnere an die Rathschläge für Lungen-Erkrankte, welche von der Betriebskrankenkasse zu Halle den Kassenmitgliedern eingehändigt sind. Immerhin müssen wir sagen, dass wir einen wirklichen Einfluss von dieser Art der Belehrung noch nicht verspürt haben. Neuerdings ist auch vom Minister der öffentlichen Arbeiten ein neuer Weg gewiesen worden, nämlich der: von Bahnärzten Vorträge hygienischen Inhalts den Bahnbediensteten zu theil werden zu lassen, und man kann erwarten, dass das lebendige Wort einen tieferen Eindruck macht, als das doch mit wenig Verständniss aufgenommene Lesen von Broschüren, um so eher, als man ja an diese Vorträge eine Diskussion knüpfen kann, welche unverstandene Sätze näher erläutert und so dem Zuhörenden das Verständniss für die vorgetragenen Sachen erläutern und eröffnen. Hier entsteht nun die Frage: Ist das uns anvertraute Publikum wirklich schon so weit vorgebildet, dass es unsere Vorträge besuchen und denselben ihr Interesse schenken wird? Ich wage das vorläufig noch zu bezweifeln, und wir werden immerhin einen gewissen Zwang auf unsere Zuhörer ausüben lassen müssen, um dieselben zu bewegen, unsere Vorträge anzuhören. Hiermit komme ich schon zu dem zweiten uns offenstehenden Wege, uns die Stellung der Frühdiagnose zu erleichtern. Müssen wir an der Freiwilligkeit der Gestellung leicht erkrankter Lungenleidender zweifeln, so bleibt uns eben nur der Weg offen, sie auf Anordnung der vorgesetzten Behörde zu uns geschickt zu sehen. Auch hier wäre noch der Weg der Ueberredung gangbar, wenn die unteren Vorgesetzten die Macht und das Verständniss hätten, leichter Erkrankte zu veranlassen, den Arzt aufzusuchen; aber auch hier werden wir auf einen ziemlich passiven Widerstand stossen, und so muss ich, so wie die Sachen heute liegen, wieder auf meinen früheren Vorschlag zurückkommen, gerade so wie jetzt in grösseren Zwischenräumen Prüfung auf Hör- und Sehvermögen stattfinden, auch für die Eisenbahnbediensteten periodisch zu wiederholende Lungenuntersuchungen einzuführen; ich verhehle mir nicht, dass dieser Zwangszuführung grosse Hindernisse im Wege stehen. Es entsteht die Frage, wer soll der massgebend Entscheidende sein, die Untersuchung anzuordnen? Es entsteht die Frage, in welchen Zwischenräumen soll die Untersuchung stattzufinden haben? Es entsteht die Frage, wird bei dem herausgefundenen Material Platz und Raum genug sein, um Alle in Lungen-Heilstätten unterzubringen? Ueber diese Fragen möchte ich mich so lange noch nicht verbreiten, als nicht der praktische Versuch gemacht worden ist, aus dem wir unsere Erfahrungen gewinnen können. Nur das Eine meine ich, dass wir Bahnärzte uns einer Aufgabe nicht entziehen dürfen, weil solche so wesentlich zur Gesunderhaltung der Eisenbahnbediensteten beizutragen im Stande ist. Dass eine königliche Behörde, wenn sie den greifbaren Nutzen dieser Einrichtung kennen lernt, nicht umhin können wird, die uns vermehrt auferlegte Arbeit auch entsprechend zu honoriren, halte ich für selbstverständlich.

Meine Herren, ich stelle Ihnen also als Resumé meiner Ausführungen die Thesen zur Diskussion:

1. Die Bahnärzte übernehmen die Aufgabe, im Anschluss an die zur Ausbildung in der ersten Hilfeleistung bei Unfällen abzuhaltenden Kurse die Eisenbahnbediensteten über die Gefahr der Lungenerkrankungen, se es durch Broschüren, sei es durch Vorträge, aufzuklären.
2. Dass von Zeit zu Zeit (in zwei- bis dreijährigen Zwischenräumen) die Beamten auf die Gesundheit ihrer Athmungsorgane untersucht werden sollen.

* * *

Es erhebt sich lebhafter Widerspruch und greifen in die Diskussion: Herzfeld-Halle, der gegen die Massenuntersuchungen spricht, desgl. Köhler, ferner Boehr, welcher sich gegen die von Zeit zu Zeit vorzunehmenden Untersuchun-

gen, dagegen für eine tief gründliche Untersuchung bei der Anstellung ausspricht, Guth-Lübben und Köhler-Leipzig, welche auf die Belehrung durch zu ertheilende Schriften an Beamte und Arbeiter hinweisen, ein. Der Vortragende zieht seine Thesen zurück.

Im Auftrage der Direktion zeigt Dr. Clemens-Halle eine subkutane Injektionsspritze herum, über deren Brauchbarkeit sich der Verein aussprechen soll. Die praktische Verwendbarkeit derselben wird anerkannt.

Es wird beschlossen, die nächste Jahresversammlung wieder in Berlin abzuhalten.

Mit einigen Worten des Dankes für das den Gegenständen gewidmete Interesse schliesst der Vorsitzende die Versammlung um $6^1/_2$ Uhr. Ein Theil der Mitglieder bleibt noch im Garten bei einem solennen Mittagsmahl vereinigt, zu welchem auch Dr. Jung-Berlin erschienen war. Herzfeld.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Verletzung der grossen Zehe. Bewerthung der Unfallfolgen.

Entscheidung vom 22. Mai 1901.

Dem Möbelpacker B. wurde am 30. Dezember 1899 beim Möbeltransport der linke Fuss überfahren, wobei die drei ersten Zehen eine Quetschung erlitten. Auf Grund eines von dem Spezialarzt für Chirurgie Dr. med. K. am 12. Mai 1900 ausgestellten Gutachtens lehnte der Vorstand der Berufsgenossenschaft die Gewährung einer Unfallentschädigung ab, weil der Unfall nennenswerthe, erwerbsbeschränkende Folgen nach Ablauf der 13. Woche nicht hinterlassen habe. Gegen diesen Bescheid hat B. Berufung eingelegt und um Gewährung einer Rente, eventuell um eine erneute Untersuchung gebeten. Nachdem das Schiedsgericht noch ein Gutachten des Königl. Kreisphysikus Dr. S. eingeholt hatte, wurde die Berufsgenossenschaft verurtheilt, eine Rente zu zahlen, indem ausgeführt wurde: Auf Grund des eingehenden und einwandfreien Gutachtens des Kgl. Kreisphysikus Dr. S. ist das Schiedsgericht zu der Ueberzeugung gekommen, dass B. durch die Folgen der Verletzung der grossen Zehe in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Namentlich für den Beruf des Klägers als Möbelpacker musste eine Erwerbsbeschränkung als vorliegend angenommen werden, weil beim Heben und Tragen von Lasten Schmerzen entstehen. Das Schiedsgericht ist aus diesem Grunde auch der Schätzung des letztgenannten ärztlichen Sachverständigen gefolgt und hat eine Erwerbs beschränkung von 10 Prozent angenommen. Diese Entscheidung focht nicht nur B., sondern auch die Berufsgenossenschaft durch Rekurs an. Das Reichs-Versicherungsamt erachtete nur den Rekurs der Berufsgenossenschaft für gerechtfertigt und machte u. A. geltend: Nach dem Gutachten des Spezialarztes für Chirurgie und Orthopädie Dr. K. vom 12. Mai 1900, wie nach dem des Kreisphysikus Dr. S. vom 29. Oktober 1900, besteht als Folge des Unfalles lediglich eine abnorme Bildung des Nagels der linken grossen Zehe. Statt eines glatten beweglichen Nagels liegt eine unregelmässige wulstige Hornmasse auf dem Nagelbett fest an; am Ende dieser Masse — der Kuppe der Zehe — befindet sich in der Haut eine kleine Narbe. Die fehlerhafte Lagerung der zweiten Zehe ist keine Unfallfolge. Während Dr. K. der Ansicht ist dass der Kläger durch die Folgen des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt ist, schätzt Dr. S. mit Rücksicht auf die Angaben des Verletzten, wonach bei angestrengtem längeren Gehen und beim Heben und Tragen von Lasten sich Schmerzen in der verletzten Zehe einstellen, den Grad der Erwerbsunfähigkeit des Klägers auf 10 Prozent. Das Rekursgericht hat sich der Ansicht des Dr. K. angeschlossen. Die verletzte Zehe ist nicht steif, alle Gelenke des Fusses sind frei beweglich; die durch die fehlerhafte Nagelbildung der Zehe verursachten Beschwerden können nicht als so erhebliche angesehen werden, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers in nennenswerthem Masse darunter leidet. Auch Dr. S. hat sich zuerst dahin geäussert, dass B. nur in einem geringen Grade in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt sei. Nach alledem rechtfertigt sich die Auffassung, dass die bei dem Kläger etwa bestehende — auf den Unfall zurückzuführende — Schmälerung seiner Erwerbsfähigkeit nicht als ein messbarer Schaden im wirthschaftlichen Leben in Betracht kommen kann. M.

Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Verlust der grossen Zehe; im vorliegenden Falle bejaht.

(Rek.-Entsch. vom 10. Februar 1902.)

Der Bergmann Oskar W. erlitt am 17. April 1900 auf Zeche E. eine Zerquetschung der rechten grossen Zehe mit theilweiser Zerreissung der Weichtheile über dem Mittelfussknochen. Der Verletzte bezog bis zum 20. August die Vollrente, vom 21. August ab eine Rente von $66^2/_3$, vom 1. November 1900 ab eine solche von $33^1/_3$ % und vom 1. März 1901 ab 15 %. Mit Ende Juni 1901 wurde die Rente eingestellt, weil nach ärztlichem Gutachten Folgen der Verletzung die Erwerbsfähigkeit nicht mehr beschränkten. Die Berufung gegen den Einstellungsbescheid wurde verworfen, weil die Unfallfolgen den W. nach Ansicht des Schiedsgerichts nicht hinderten, die frühere Thätigkeit wieder aufzunehmen. Gegen diese Entscheidung legte W. Rekurs ein. Er führte aus, dass es sich bei ihm um den Verlust, nicht nur um eine Zerquetschung der grossen Zehe des rechten Fusses handle, verbunden mit theilweiser Zerreissung der Weichtheile über dem Mittelfussknochen. Das Fehlen der grossen Zehe beeinträchtige ihn aber in der Erwerbsfähigkeit, worüber er den Professor Dr. von B. in B. zu hören bitte. In Folge des Verlustes der grossen Zehe sei er auch nicht mehr im Stande, die schwere Arbeit eines Schleppers zu verrichten; auch verdiene er jetzt nur 3,10 M. für die Schicht, während er vor dem Unfalle 3,60 M. bis 4,20 M. für die Schicht verdient habe, wie seine Lohnbücher erwiesen. Dem Rekurs wurde stattgegeben und die Berufsgenossenschaft unter Zuerkennung von 24 M. Kosten für den Kläger zur Weiterzahlung der Rente von 15 % verurtheilt und zwar mit folgender Begründung:

Das R.-V.-A. hat zwar mehrfach angenommen, dass durch den glatten Verlust der grossen Zehe nach eingetretener Gewöhnung eine nennenswerthe Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit nicht mehr bedingt werde. In allen diesen Fällen handelt es sich jedoch um den glatten Verlust der grossen Zehe. Im vorliegenden Fall aber hat der Augenschein ergeben, dass in Folge der Weichtheilzerreissungen auch ausgedehnte Narben vorhanden sind, und dass der Fuss an der Amputationsnarbe oben anscheinend etwas abgeflacht, unten aber jedenfalls verdickt ist. Unter diesen Umständen und in Anbetracht, dass für einen Bergmann zur Arbeit unter Tage die Unversehrtheit der Füsse besonders wichtig ist, hat das R.-V.-A. nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass der Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr in einer für das wirthschaftliche Leben in Betracht kommenden Weise beeinträchtigt ist, zumal auch nicht einleuchtend ist, weshalb sich der Kläger, wenn er zur Arbeit unter Tage in vollem Masse fähig wäre, mit dem geringeren Lohne eines Abnehmers oder Bremsers begnügen sollte.

Da sonach der Eintritt einer wesentlichen Besserung nicht für nachgewiesen zu erachten ist, war die Beklagte zur Weitergewährung der Rente von 15 % zu verurtheilen.

(Kompass.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Prof. Dr. **Haug**, Hygiene des Ohres im gesunden und kranken Zustande. Verlag von E. Moritz, Stuttgart. 1902.

In diesem in der „Bibliothek für Gesundheitspflege" erschienenen Bändchen weist der Verf. nach einer kurzen Schilderung des anatomischen Baues und der Physiologie des Gehörorgans auf die Bedeutung hin, die dasselbe für den heranwachsenden Menschen hat. Erst durch das Gehör erlernt der Mensch die Sprache! Diese Thatsache lässt klar erkennen, von welcher Wichtigkeit es ist, das kindliche Gehörorgan vor Erkrankung zu schützen; und hier ist es der sog. Ohrenfluss, der im Kindesalter grosse Zerstörungen anrichtet, weil er von den Eltern gering geachtet wird. Die Wege, auf denen Krankheitserreger ins Ohr gelangen, sind der Mund und der Nasenrachenraum, deshalb ist die gewissenhafte Pflege derselben angezeigt. Verf. giebt dafür verschiedene Rathschläge aus dem Schatze seiner reichen Erfahrung; so ist bei jedem Schnupfen das häufige Schnauben und starkes Schneuzen nur gefahrbringend. Die Folgen der Hypertrophie der Rachenmandel, der Gaumenmandeln werden beleuchtet, wie auch die Anwendungsweise und die Nachtheile der Nasendouche. Aber auch von der Ohrmuschel und dem Gehörgang aus können Ohrerkrankungen entstehen; durch Erfrieren der Muschel z. B., durch Ohrringetragen, durch Ohrenschmalzanhäufung, durch unnöthiges Watteeinlegen, durch Verletzungen, Fremdkörper, zu herzhafte Küsse und endlich durch Eindringen von Wasser beim Baden. Verf. schildert die Folgen dieser Affektionen und ihre Behandlungsweise in populärer Form. Um anderen Schädigungen des Gehörorgans, wie sie in Folge zu starker Schalleinwirkungen bei Artilleristen, Schmieden, Telephonisten u. dergl. eintreten, vorzubeugen, empfiehlt Verf. das zeitweise Tragen von Watte u. A. Daran schliessen sich die Ohrerkrankungen bei Tauchern, Luftschiffern; bei Personen, die in grosser Hitze arbeiten oder sich mit Blei und Quecksilber viel beschäftigen müssen. Nach einem kurzen Hinweis auf Vorsicht bei Wahl des Berufes, sowie auf einige Arzneimittel, wie Chinin, Salicylsäure, welche Ohraffektionen hervorrufen, giebt Verf. praktische Rathschläge zur Behandlung des kranken Ohres. Er warnt vor dem Einflössen zu kalter Flüssigkeit; schildert die Anwendung der beliebten Ohrenspritze und die Behandlung der Eiterungen mit Einlegen von Gazestreifen u. s. w. Bei den Hörverbesserungsapparaten für Schwerhörige ist Vorsicht am Platze; Verf. tritt gegen die Metallapparate auf, da sie zu starke Resonanz erzeugen. Als künstliches Trommelfell (nur bei durchlöchertem Trommelfell zu benutzen) ist ein Wattekügelchen am empfehlenswerthesten. Einige Ausführungen über die sog. Sklerose, ihre Vererbbarkeit; über das Radfahren von Ohrkranken, über die Bedingungen, unter welchen Ohrenkranke in die Lebensversicherung aufgenommen werden und endlich über die Taubstummheit, ihre Entstehung, Verbreitung und Behandlung schliessen das in jeder Hinsicht empfehlenswerthe Büchlein.

Weiss.

Becker, Th. Einführung in die Psychiatrie. Mit spezieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Dritte vermehrte und veränderte Auflage. Leipzig, Georg Thieme. 1902.

Dass das Buch innerhalb 6 Jahren in 3. Auflage erscheint, ist immerhin ein erfreuliches Zeichen: es beweist das ein zunehmendes Interesse an der Psychiatrie. Andererseits wäre es bedauerlich, wenn sich das Interesse auf das Studium so kleiner Arbeiten wie der vorliegenden beschränken würde. Das ist auch nicht die Absicht des Verf.; er nennt sein Buch eine Einführung, die dem Studenten ein Vorbereitungsmittel zum erfolgreichen Besuch der psychiatrischen Klinik sein soll und die bei den Praktikern die Erinnerung an das aus den grossen Lehrbüchern Gelernte auffrischen soll.

Der Zweck ist dem Verf. gelungen. Er giebt eine kurze und anschauliche Darstellung der wichtigsten Punkte aus der allgemeinen und speziellen Psychiatrie, so weit das auf so wenig Seiten und bei einem so kleinen Format möglich ist. Im Grossen und Ganzen wird man den Ausführungen des Verf. beipflichten können.

In zwei Punkten muss aber Ref. dem Verf. widersprechen. Dieser empfiehlt (S. 45) als Bekleidung bei den in Zellen isolirten Kranken einen Anzug aus unzerreissbarem Zeug zur Verhütung des Selbstmordes. Dem gegenüber muss betont werden, dass ein Kranker, bei dem man mit der Gefahr des Selbstmordes rechnen muss, für gewöhnlich überhaupt nicht isolirt werden darf, wie der V. auch an anderer Stelle (S. 85) selber andeutet. Sodann wird sein Rath, dem Potatoren wegen der drohenden Gefahr des Ausbruchs eines Deliriums mässige Alkoholgaben zu geben, kaum von der Mehrzahl der Irrenärzte als zutreffend anerkannt werden. Ernst Schultze.

Handbuch der Arbeiterwohlfahrt. Herausgegeben von Dr. **Otto Dammer.** Zwei Bände. Mit zahlreichen Textfiguren. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1902.

Das Sammelwerk, von dem die beiden ersten Lieferungen vorliegen, bezweckt eine Darstellung aller die Wohlfahrt der arbeitenden Bevölkerung fördernden Einrichtungen, unter Berücksichtigung der sozial-politischen Gesetze, soweit sie sich auf die Arbeiterbevölkerung beziehen und der von Arbeitgebern zur Förderung der Arbeiter in gesundheitlicher, geistiger und wirthschaftlicher Beziehung ins Leben gerufenen Einrichtungen.

Das Handbuch wird folgende Kapitel enthalten: Arbeiterwohnungen von Architekt Friedrich Wagner in Rostock, Schlafstellenwesen von Dr. Ascher in Königsberg, Desinfektion der Wohnungen von Stabsarzt Dr. Dieudonné in Würzburg, Ernährung von Dr. Hirschfeld in Berlin, Kleidung von Dr. F. Leppmann in Berlin, Fabrik von Professor Büsing in Berlin, Beschädigungen der Arbeiter bei der Arbeit und die Hilfe bei Unfällen von Dr. Ascher, spezielle Gewerbehygiene und Unfallverhütung von Gewerbeinspektor Dr. Fischer in Berlin, Hausindustrie, Arbeiterschutz von Dr. Ascher, staatliche Gewerbeaufsicht von Gewerbeinspektor Dr. Schröder in Magdeburg, Arbeiterrechtsschutz von Amtsgerichtsrath Laubhardt in Berlin, Arbeitervertretungen von Dr. Mombert in Karlsruhe, Arbeitsnachweis von Gewerbeinspektionsassistent Dr. Glühmann in Berlin, Unfall- und Krankenversicherung von Professor Dr. Lass, Invalidenversicherung von Regierungsrath Klehmet in Berlin und Arbeitsvertrag und Wohlfahrtseinrichtungen von Gewerbeinspektionsassistent Dr. Möller in Altona.

In den beiden ersten Lieferungen sind Arbeiterwohnungen. Schlafstellenwesen, Desinfektion der Wohnungen, Ernährung, Kleidung und Fabrik (letztere noch nicht beendet) abgehandelt. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, fällt bei einer Durchsicht auf, dass in dem Abschnitt „die Fabrik" die wirthschaftlichen Vortheile der Bassinbäder, der sog. Waschkannen der Bergarbeiter gegenüber den gesundheitlichen Nachtheilen wohl etwas zu stark betont sind. Im Uebrigen geben die einzelnen Abhandlungen zusammenfassende und erschöpfende Darstellungen des gegenwärtigen Standes des betreffenden Gegenstandes. Besonders eingehend, ist der Bedeutung des Gegenstandes entsprechend, die Arbeiterwohnungsfrage abgehandelt, wobei auch die Verhältnisse des Auslandes gebührende Berücksichtigung erfahren haben. Nach den bisher vorliegenden

Lieferungen darf dem Fortschreiten des Handbuchs mit Interesse entgegengesehen werden. Roth (Potsdam).

Grotjahn, A. und **Kriegel,** F., Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und Demographie. Bd. 1. Bericht über die Jahre 1900 und 1901. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1902.

In dem vorliegenden Jahresbericht von Grotjahn und Kriegel begrüssen wir eine ebenso zeitgemässe wie glücklich durchgeführte Errungenschaft auf dem Gebiet der sozialen Hygiene, zu der sich ärztliche und nationalökonomische Gelehrte zu gemeinsamer Arbeit in dankenswerther Weise zusammengefunden haben.

Die Herausgeber sind von dem Grundsatz ausgegangen, dass sowohl Alles aus dem Gebiet der Medizin und Hygiene, was für den Volkswirth und umgekehrt aus dem Gebiet der Nationalökonomie und der Sozialhygiene Alles, was für den Arzt von Interesse sein könnte, registrirt zu werden verdiene. Es werden demnach die Fortschritte und Leistungen auf den Grenzgebieten zwischen Hygiene und Volkswirthschaft zum Ausdruck gebracht, während die Gesundheitstechnik, die chemische und bakteriologische, wie die Verwaltungshygiene im engeren Sinne unberücksichtigt geblieben sind, wenngleich es bei den fliessenden Uebergängen nicht immer leicht war, die gezogenen Grenzen inne zu halten.

Der erste Theil giebt unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des Praktikers eine Chronik der sozialen Hygiene. Darauf folgt eine ausführliche Gesetzestafel, welche die in Betracht kommenden gesetzgeberischen Arbeiten aller Kulturstaaten aufzählt. Die folgenden Abschnitte bringen Referate über: 1. Geschichte und Methode der sozialen Hygiene. 2. Bevölkerungsstatistik und Mortalität. 3. Morbidität, Prophylaxe und Krankenfürsorge. 4. Soziale Hygiene der Arbeit. 5. Soziale Hygiene der Ernährung. 6. Soziale Hygiene der Wohnung. 7. Soziale Hygiene der Kinder und jugendlichen Personen. 8. Oeffentliche Gesundheitspflege. 9. Entartungstheorie, Konstitutionspathologie und Rassenhygiene. 10. Vermischtes. Es folgt eine Bibliographie der sozialen Hygiene und Demographie und zum Schluss ein Namensverzeichniss.

Wie aus dem Inhaltsverzeichniss sich ergiebt, kann die Anlage des Werkes als eine durchaus zweckentsprechende bezeichnet werden. Die einzelnen Referate sind bei aller gebotenen Kürze ausreichend erschöpfend, klar und sachgemäss. Der jährlichen Wiederkehr des Berichts werden alle sozialen Praktiker auf medizinischer wie national-ökonomischer Seite mit besonderem Interesse entgegensehen.

Roth (Potsdam).

Dr. Eugen Seel, Privatdozent an der K. technischen Hochschule Stuttgart. Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. Ein Lehr- und Nachschlagebuch für Chemiker, Apotheker, Aerzte und Juristen. Verlag von Ferdinand Enke. 1902.

Das in erster Linie für jüngere Chemiker und Apotheker, die sich für die Hauptprüfung als Nahrungsmittelchemiker vorbereiten wollen, bestimmte Lehrbuch kann auch Aerzten und Juristen als Nachschlagebuch empfohlen werden, um sich die für die Beurtheilung der Nahrungs- und Genussmittel nöthige Kenntniss ihrer Gewinnungs- und Fabrikationsmethoden zu verschaffen, ohne sich in chemische oder technische Details vertiefen zu müssen. Das Werk behandelt für diese Zwecke in genügender Ausführlichkeit die Chemie, Herstellung, Konservirung und Verfälschung der animalischen und vegetabilischen Nahrungs- und Genussmittel und der daraus hergestellten Präparate, desgleichen der Getränke, und führt bei jedem Abschnitt die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen an. Eine gewisse Breite der Darstellung führt mehrfach zu Wiederholungen und theilweisen Widersprüchen. Mit einzelnen Behauptungen des Verfassers wird man nicht unbedingt einverstanden sein; z. B. werden die Liebhaber von Pökelrinderbrust nicht zustimmen, wenn er sagt, dass das Rindfleisch beim Einpökeln so hart und trocken wird, dass es nur ungern genossen wird. Auch den Satz (S. 54): „Durch das übliche Pökelverfahren kann schwachfinniges und schwachtrichinöses Fleisch noch unschädlich gemacht werden“ könnte man nicht ganz unbeanstandet lassen, wenn er nicht später (S. 92) die Einschränkung „durch ausgiebiges Pökeln“ erführe. Dass als charakteristische Eigenschaft verdorbener Würste angegeben wird, an der Aussenfläche gemachte Fingereindrücke glichen sich nicht wieder aus, erscheint nicht recht einleuchtend. Die Gegenüberstellung (S. 117) von Wiederkäuern (Ochsen, Kühe, Kälber etc.) einerseits und Hammeln und Schafen andererseits berührt etwas eigenthümlich.

Bei einer etwaigen Neuauflage dürften jedenfalls Druckfehler wie Cryptoriden, weichgelb, Schwand, und stilistische Entgleisungen wie S. 364 vermieden werden.

Von diesen kleinen Ausstellungen abgesehen, können wir das Buch unseren Lesern durchaus empfehlen.

Grabert-Berlin.

Ideales und Reales in der Bienenzucht. Zugleich ein Beitrag zur Bekämpfung der Honigfälschung und des Kunsthonigs. Vortrag von **Adolf Wilhelm Keim.**

Die Broschüre ist in einer so laienhaften Weise geschrieben, dass sie sich, ganz abgesehen von den zahlreichen Interpunktionsfehlern und stilistischen Verstössen, für eine eingehende Besprechung nicht eignet. Grabert-Berlin.

Tagesgeschichte.

Staatliche Unfallversicherung in Schweden.

Durch ein bereits im Parlament angenommenes und vom König unterzeichnetes, aber noch nicht in Kraft getretenes Gesetz schliesst sich nunmehr auch Schweden denjenigen Staaten an, welche die Unfallversicherung der Arbeiter durchführen. Der Begriff des versicherungspflichtigen Unfalls ist enger gefasst als in Deutschland, da diejenigen Unfälle ausgeschlossen sind, welche durch grobe Fahrlässigkeit des Verletzten oder durch die vorsätzliche Thätigkeit eines Dritten herbeigeführt worden, der in dem fraglichen Betriebe keine höhere überwachende oder ausübende Pflicht zu erfüllen hatte. In dieser Beschränkung liegt zweifellos der Keim zahlloser künftiger Rentenstreitigkeiten.

Die Versicherung erstreckt sich ungefähr auf die gesammten industriellen Betriebe, ferner auf Forstarbeit, Bergbau, Steinbrüche, Torfstechereien, Baugewerbe, Eisen- und Strassenbahnen.

Die Kosten tragen die Arbeitgeber, die Entschädigungspflicht beginnt 60 Tage nach der Verletzung. Von diesem Tage ab wird zunächst bei fortdauernder Erwerbsunfähigkeit gleichmässig jedem Verletzten eine Krone täglich gezahlt (1,12 M.) Sobald der Verletzte wieder hergestellt ist oder sobald eine dauernde Erwerbsminderung festgestellt ist, fällt diese Entschädigung weg — sie wird also, um mit dem Wortlaut des deutschen Unfallgesetzes zu reden, nur während der Dauer des Heilverfahrens gezahlt. Für die spätere Zeit beträgt die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit 300 Kronen jährlich, für theilweise entsprechend weniger.

Ausführendes Organ ist eine zu begründende Königliche

Versicherungsanstalt, bei welcher sich andererseits auch die versicherungspflichtigen Betriebe gegen Unfälle ihrer Arbeiter versichern können.

Zur Frage der Bekanntgabe ärztlicher Gutachten an Unfallverletzte.

In einer Rentenstreitigkeit aus dem Bezirke der Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Bochum beschwerte sich der Unfallverletzte Anton O. beim Reichs-Versicherungsamte darüber, dass der Sektionsvorstand seinen Gesuchen um Uebersendung von Abschriften der ärztlichen Gutachten über seinen Gesundheitszustand nicht entsprochen habe. Das R.-V.-A. stellte dem Sektionsvorstande zur Erwägung anheim, ob es nicht angebracht sein möchte, dem Beschwerdeführer die Ertheilung der gewünschten Gutachtenabschriften gegen Erstattung der Schreibgebühr anzubieten. Der Sektionsvorstand lehnte es jedoch durch nachstehenden Bericht ab, der Anregung Folge zu geben:

Auch hinsichtlich der Ertheilung der vom Verletzten gewünschten Gutachtenabschriften glaubt der Sektionsvorstand auch nach erneuter Prüfung der Angelegenheit seine ablehnende Haltung aufrecht halten zu müssen. Er geht davon aus, dass die angeregte Frage nur allgemein entschieden werden kann, da die Zulassung einer abweichenden Praxis für Ausnahmefälle bei der grossen Zahl der hiesigen Rentenempfänger und dem unter ihnen stattfindenden regen Verkehrsaustausch über Fragen der Arbeiterversicherung zu bedenklichen Misshelligkeiten führen würde. Einer allgemeinen Bekanntgabe der ärztlichen Gutachten an die Verletzten, auch wenn sie nur auf Antrag erfolgen sollte, stehen aber schwerwiegende Bedenken gegenüber, die auch bei den Berathungen über das Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetz von einem Regierungsvertreter zum Ausdruck gebracht sind. Die Bedenken stützen sich namentlich auf die wissenschaftliche Erfahrung, dass die genaue Kenntniss des eigenen körperlichen Zustandes für viele Verletzte nicht rathsam und sogar häufig direkt schädlich erscheint, und auf das Bestreben, die medizinischen Sachverständigen in der freien und vollständigen Beurtheilung des Materials nicht zu behindern. Eine Scheidung der Verletzten aber nach der Richtung vorzunehmen, ob die Mittheilung der ärztlichen Gutachten ihren Zustand voraussichtlich ungünstig beeinflussen würde, oder nicht, muss als praktisch undurchführbar angesehen werden und scheitert schon an der Unübersehbarkeit dieser Wirkungen.

Da der Rekurs des O. wegen verspäteter Rechtsmitteleinlegung ohne mündliche Verhandlung vom Reichs-Versicherungsamt zurückgewiesen wurde, nahm das letztere keine Veranlassung, sich zu der in Rede stehenden Frage zu äussern.

(Kompass.)

Die Wurmkrankheit.

Der Verwaltungsbericht des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Bochum enthält Mittheilungen über das Zunehmen der Ankylostomum-Krankheit in den westdeutschen Bergwerken, die geradezu beunruhigend erscheinen. Im Bereiche des Vereins wurden im Jahre 1900 286, im Jahre 1901 dagegen 1029 Fälle der Wurmkrankheit mit fünf Todesfällen verzeichnet. Die Zunahme wird erklärt durch die Einführung der Grubenberieselung, die aus anderen Gründen als segensreich erachtet wurde: Die Arbeiter verrichten ihre Nothdurft auf die Erde, die Wurmeier und Larven gehen mit ab und werden durch das Rieselwasser weiter verschwemmt. Sie sind im Grubenschlamm ärztlicherseits festgestellt worden.

Die Aussichten, der Krankheit Herr zu werden, sind bis jetzt nicht eben günstig. Chlorkalk, schweflige Säure, Schwefelsäure dem Rieselwasser zuzusetzen, verbietet sich durch die dadurch bedingten anderen gesundheitlichen Gefahren für die Grubenleute und aus technischen Rücksichten. Aus Kalkmilch schlägt sich leicht kohlensaurer Kalk nieder, der die Leitungen verstopft. Kalkbrühe und Kalkwasser helfen nichts. Die Versuche mit Kalkpräparaten werden fortgeführt. Als ultimum refugium würde Kupfervitriollösung verwerthbar sein, deren Anwendung aber bei dem riesigen Umfang der zu entkeimenden Strecken sehr theuer wäre.

Das allereinfachste Mittel, um wenigstens die immer neue Verschleppung von Krankheitskeimen zu verhüten, scheitert am passiven Widerstand der Arbeiter. Trotz schärfster Massnahmen sind die Leute nicht dazu zu bringen, dass sie ausschliesslich die aufgestellten Abortkübel benützen, und die Kontrole darüber ist der Natur der Sache nach äusserst unvollkommen.

Versuche an Gesunden über die Wirkung des Borax als Fleischkonservirungsmittel

werden angeblich zur Zeit in Amerika angestellt. Das Bureau Laffan berichtet darüber: „Der erste Chemiker des Ackerbaudepartements der Vereinigten Staaten, Mr. Wiley, begann am Montag mit einer Reihe von Experimenten an Menschen, um die deutschen Einwendungen gegen die mit Borax zubereiteten amerikanischen Fleischkonserven auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Sechs Angestellte des Ackerbaudepartements erhalten reine Nahrung und zwar Fleisch ohne Boraxzusatz, sowie Gemüse. Sechs andere Beamte bekommen mit Borax zubereitetes Fleisch. Nach Ablauf von 14 Tagen werden die Ergebnisse verglichen. Die Beamten wechseln dann die Diät, und die Versuche, die ein Jahr dauern sollen, nehmen ihren Fortgang. Die Beamten haben sich freiwillig für diese Versuche zur Verfügung gestellt und sich verpflichtet, sich jeder anderen Nahrung als der ihnen vom Ackerbaudepartement gelieferten zu enthalten.“

Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten.

Das Berliner Polizei-Präsidium weist auf Grund wiederholt vorgekommener Verstösse gegen die Polizeiverordnung vom 3. Juli 1893 nochmals eindringlich auf die Paragraphen 1 und 2 der betreffenden Verordnung hin.

Nach § 1 der angezogenen Polizeiverordnung hat

> bei Krankheits- wie Sterbefällen von asiatischer Cholera, Pocken, Fleck- und Rückfalltyphus sowie Diphtherie unbedingt,
>
> von Darmtyphus, Kopfgenickkrampf (Meningitis cerebrospinalis), bösartigem Scharlachfieber, bösartigen Masern und bösartiger Ruhr auf besondere Anordnung des Königlichen Polizei-Präsidiums

Desinfektion der von den Kranken benutzten Effekten und Räume, sowie der in diesen befindlichen Gegenstände gleichzeitig, und zwar lediglich durch die Städtische Desinfektionsanstalt und deren Beamte stattzufinden hat.

Nach § 2 ist die Desinfektion durch die dazu verpflichteten Haushaltungsvorstände innerhalb 24 Stunden nach der Genesung des Kranken, bezw. nachdem dieser oder seine Leiche aus der Wohnung entfernt worden ist, bei dem zuständigen Polizei-Revier zu beantragen. Zuwiderhandlungen ziehen gemäss § 4 Geldstrafen bis zu 30 Mark nach sich, wenn nicht nach § 327 des Strafgesetzbuches eine höhere Strafe verwirkt ist; ausserdem wird die nach § 1 erforderliche Desinfektion auf Kosten der Verpflichteten durch das Polizei-Präsidium veranlasst werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.